WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA I PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTÉRATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

POD REDAKCJĄ DOC. DR E. REICHER

WARSZAWA 1939
NUMER 6
CZERWIEC

WYD. XIII R.

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK, POŚWIĘCONY POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA I PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO
REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN
POD REDAKCJĄ DOC. DR MED. E. REICHER.

ROK XIII. WARSZAWA, CZERWIEC 1939 R. NUMER VI.

P R A C E O R Y G I N A L N E

GOŚCIEC JAKO ZAGADNIENIE SPOŁECZNE [1]).

podał
Dr. med. Stanisław Rudziński.

Rozważania nad gośćcem jako nad zagadnieniem społecznym sprowadzają się do postawienia i przepracowania problemów takich, jak częstość występowania chorób gośćcowych, wysokość wydatków na leczenie, straty gospodarstwa społecznego z powodu długotrwałej choroby i niezdolności do pracy z powodu tych chorób, współczynniki inwalidztwa i śmiertelności, wpływ stosunków społecznych, warunków bytu i pracy na powstawanie i szerzenie się gośćca (z n a c z e n i e społeczne, p a t o l o g i a społeczna) — oraz wynikające z powyższego zasady racjonalnego zapobiegania i zwalczania schorzeń gośćcowych (p r o f i l a k t y k a i t e r a p i a społeczna).

Ramy i charakter niniejszego referatu nie pozwalają na wyczerpujące omówienie tych obszernych tematów. Ograniczę się zatem do przedstawienia ich w zarysie, naświetlając dokładniej i krytycznie tylko niektóre, ważniejsze zagadnienia.

W s p o m n ę na wstępie o z a s a d n i c z y c h t r u d n o ś c i a c h przy omawianiu gośćca ze stanowiska społecznego, wynikających przede wszystkim z niedostatecznie ustalonego słownictwa i klasyfikacji klinicznej tych cierpień — z tymi samymi trudnościami spotyka się zresztą lekarz — praktyk.

[1]) Referat wygłoszony w dniu 1.IV.39 na posiedzeniu Polskiego Towarzystwa Zwalczania Gośćca.

Gościec nie stanowi, jak wiadomo, odrębnej jednostki chorobowej o jednolitej, ustalonej etiologii i typowym, klinicznym przebiegu, lecz posiada etiologię różną, często nie znaną, skomplikowaną patogenezę, różnorodny obraz kliniczny. W codziennym użyciu pod pojęciem „gościec" („reumatyzm") rozumiemy w ogóle cierpienia w zakresie narządów ruchu, cechujące się ciągnącymi, rwącymi bólami — bez przesądzania ich etiologii i patogenezy. W ten sposób, m ó w i ą c o g o ś ć c u, m y ś l i m y o w s z e l k i e g o r o d z a j u c i e r p i e n i a c h n a r z ą d ó w r u c h u — i to nie tylko układu kostnostawowego, lecz i mięśni, dzięki którym ten ruch się odbywa, oraz nerwów, za pośrednictwem których powstają bodźce ruchowe. Mamy więc do czynienia z ogromną grupą cierpień bardzo różnorodnych i bardzo często niedostatecznie zbadanych, wskutek czego ocena ich znaczenia z punktu widzenia społecznego, wyjaśnienie patogenezy społecznej, wreszcie określenie zasad zwalczania tych chorób — natrafiają na wielkie trudności.

Z n a c z e n i e s p o ł e c z n e g o ś ć c a zależy od tego, o jakiej jego postaci klinicznej mówimy. Niewątpliwie, n a j p o w a ż n i e j s z e z n a c z e n i e p o s i a d a w i e l o s t a w o w y o s t r y g o ś c i e c z a k a ź n y (choroba Bouillauda) o nieznanej etiologii swoistej. Wywołuje on określone zmiany biologicz-

ne i anatomo - patologiczne. Gościec ten jest cierpieniem ogólnym ustroju i dawać może objawy ze strony stawów (swoisty gościec stawowy) lub bez zajęcia stawów (swoisty gościec pozastawowy). Ta postać gośćca ma olbrzymie znaczenie społeczne jako najczęstsza przyczyna powstawania chorób serca. Według A. R. Cohn. The Americ. Heart Journ 1927 r., ostry gościec stawowy jest w wieku między 10 a 19 rokiem życia w 80% przyczyną chorób serca, między 20 — 29 r. — w 68%, między 30 — 39 r. — 55%, między 40 — 49 r. — 30%, między 50 — 59 r. — 8%, między 60 — 79 r. — 5% ; tak więc do lat 30 przeciętnie jest on w 75% przyczyną chorób serca, a więc w następstwie zmniejszonej zdolności do zarobkowania, jak również przyczyną wcześniejszych zgonów. Według Grünbauma 75% chorych reumatyków żyje nie dłużej — niż 25 lat od chwili powstania wad zastawkowych na tle tego cierpienia.

Mówiąc o społecznym znaczeniu chorób gośćcowych, opieramy się przede wszystkim na danych statystycznych, których dostarczają nam niemal wyłącznie instytucje ubezpieczeń społecznych. Powołując się na te dane mówimy o wielkich stratach finansowych, jakie ponosi z powodu schorzeń gośćcowych gospodarka społeczna na całym świecie. Istotnie, liczby, które otrzymujemy z różnych krajów, przerażają swym ogromem.

W Polsce np. w ubezp. emerytalnym pracowników umysłowych w latach 1928 — 1932 gościec był przyczyną inwalidztwa w 10,6%, w Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu w 1933 r. — w 8%, w Zakładzie Ubezp. na wypadek Inwalidztwa w Królewskiej Hucie — w 8,7%. Co się tyczy nasilenia gośćca w ubezpieczeniu na wypadek choroby, to niestety brak danych, zwłaszcza dotyczących najważniejszych pozycji, t. j. liczby dni niezdolności do pracy w następstwie gośćca. Niewiele mówi cyfra 3.1 w 1931 r., a 4,6% w 1936 r., która określa odsetek zachorowań na gościec w stosunku do ogólnej liczby zachorowań. W każdym razie z tych danych, jak również z dawnych zestawień niektórych Kas Chorych wynika, że gościec w dużym stopniu obciąża finanse ubezpieczenia chorobowego. Np. w 1927 r. w Kasie Chorych w Łodzi było niezdolnych do pracy z powodu gruźlicy 16.967 osób, a z powodu gośćca — 21.206, czyli o 26% więcej.

W Niemczech w 24 Kasach Chorych według Zimmera (cytowane za Kłuszyńskim): 1. stosunek liczby chorób gośćcowych do ogólnej liczby schorzeń — 10.69 : 100, — 2. stosunek zaś liczby przypadków gruźlicy do ogólnej liczby schorzeń — 2.79 : 100, — 3. czyli stosunek liczby schorzeń gośćcowych do liczby przypadków gruźlicy — 3,83 : 1.

W niemieckich zatem Kasach Chorych 1/10 wszystkich przypadków chorobowych przypada na gościec, prawie cztery razy więcej niż na gruźlicę. Dla oceny gospodarczych skutków schorzeń gośćcowych należy uwzględnić czas trwania choroby. Berlińska Kasa Chorych w latach od 1923 — 1935 leczyła z jednej strony 65.647 reumatyków przez 1.873.226 dni, z drugiej zaś — 8.050 przypadków gruźlicy przez 548.099 dni, czyli, że reumatyków w tym czasie było 8,2 razy więcej, niż gruźlików, a leczyli się oni i pobierali zasiłki przez 3.4 razy więcej dni".

We Francji w ubezpieczeniu inwalidzkim Departamentu Sekwany na 9.229 ubezpieczonych (w latach od 1933 do 1937) było inwalidów z powodu gośćca 326. Według René Barthe, wśród robotników, na obserwowanym przez niego terenie, gościec dał w r. 1938 11,88% ogólnej liczby dni niezdolności do pracy.

W Czechosłowacji w ubezpieczeniu na wypadek choroby w 1928 r. — 8,35% ogólnej liczby zachorowań przypada na gościec. Odsetek dni niezdolności do pracy wynosi 6,8%. Przeciętna liczba dni niezdolności jednego zachorowania wynosi 15,1 dni.

W Stanach Zjednoczonych, według Osgood, na reumatyzm choruje 12% ludności Stanów. Przewlekły reumatyzm występuje 9 razy częściej niż gruźlica płuc, a 12 razy częściej niż rak. W 1932 roku reumatyzm dał 7½ miliona tygodni niezdolności do pracy, a straty z tego powodu wyniosły 200 milionów dolarów.

W Anglii (cytowane za Kłuszyńskim) „badania statystyczne angielskiego Ministerstwa Zdrowia wykazały, że na 1.000 ubezpieczonych przypada 27,6% reumatyków". Anglia traci rocznie wskutek gośćca 3.141.000 tygodni roboczych.

W Szwecji gościec stawowy wywołuje 9,1% inwalidztwa, a gruźlica 5,8%.

W Z. S. S. R., według Françon, w 1925 r. było z powodu gośćca 2.350.952 dni niezdolności do pracy, co wywołało 7 milionów rubli strat.

W Moskwie w 1929 r. było 42 zachorowań na gościec na 1.000 robotników.

Tyle co do liczb. Cytuję je z obowiązku sprawozdawczego, lecz jednocześnie m u s z ę p o c z y n i ć c o d o t y c h d a n y c h z a s a d n i c z e z a s t r z e ż e n i a, które odrazu oświetlą stan i braki naszych badań nad gośćcem, nie zmniejszając zresztą wagi i istoty samego zagadnienia, t. j. niekorzystnego wpływu chorób gośćcowych na gospodarkę społeczną.

Jak z przytoczonych zestawień wynika, d a n e s t a t y s t y c z n e, dotyczące rozpowszechnienia chorób gośćcowych w poszczególnych instytucjach ubezpieczeń społecznych c z ę s t o b a r d z o r ó ż n i ą s i ę m i ę d z y s o b ą. Zależy to od wielu czynników, a w pierwszym rzędzie od tego, co poszczególne instytucje rozumieją pod pojęciem „gościec". Jedni bowiem w statystykach zaliczają do chorób gośćcowych wszystkie cierpienia narządów

ruchu, jak również i choroby narządów wewnętrznych, o ile powstały one na tle zakażenia gośćcowego, natomiast inne instytucje zaliczają do nich tylko niektóre postacie (zapalno-zakaźne). Brak więc jednolitego mianownictwa chorób gośćcowych utrudnia wyprowadzanie porównań między liczbami zachorowań, czy też inwalidztwa wskutek gośćca w różnych krajach.

Poza tym nieznajomość istoty schorzeń gośćcowych, nieumiejętność ich dokładnego rozpoznania wśród szerokiego ogółu lekarzy, usprawiedliwia również sceptycyzm w ocenie danych statystycznych, które przeważnie opierają się na rozpoznaniach tych lekarzy.

Nie pozostaje bez wpływu także okoliczność, że statystyki dotyczą przeważnie obowiązkowo ubezpieczonych na wypadek choroby, czy też inwalidztwa, i wskutek tego mogą mieć wpływ na zwiększanie się liczby niezdolnych do pracy czynniki niezależne od stanu zdrowia: gospodarcze, koniunkturalne itd.

Zauważono np., że w okresie zimowym zwiększa się liczba osób, wprawdzie nie wykazujących zmian przedmiotowych, lecz które skarżą się na charakterystyczne bóle typowe dla gośćca. Dotyczy to murarzy, blacharzy itp. pracowników, którzy właśnie w tym czasie pozostają bez pracy. W tych przypadkach skargi ubezpieczonych tłumaczyć można tak samo chęcią otrzymania zasiłków, jak i zmianami wskutek gośćca. Niewątpliwy — statystycznie stwierdzony — jest również wpływ bezrobocia na zwiększanie się liczby rent inwalidzkich.

Wreszcie dane statystyczne, dotyczące liczby przyznanych rent inwalidzkich z powodu gośćca, budzą pewne wątpliwości, gdy się weźmie pod uwagę wiek inwalidów. Weźmy np. statystykę Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu z roku 1927. Oto jak przedstawiają się liczby inwalidów z powodu gośćca w zależności od wieku.

W wieku lat	było inwalidów z powodu gośćca
77 — 67	169
66 — 57	302
56 — 47	132
46 — 37	41
36 — 23	24

Podobnie ma się sprawa z pracownikami umysłowymi, gdzie u inwalidów w wieku od 21 lat do 65 gościec był przyczyną inwalidztwa w 10,6%, w wieku od 21 —60 lat—w 9,7%, a po wyłączeniu starych roczników — u inwalidów od 21 lat do 50, tylko w 5%. Widzimy więc z powyższych danych, że wśród inwalidów z powodu gośćca przeważają ludzie starzy (lub w starszym wieku), u których zmiany wsteczne obejmują również wszystkie inne narządy, tak, że jako przyczynę niezdolności do pracy można uznać z tym samym powodzeniem współistniejącą napewno miażdżycę tętnic lub rozedmę płuc, i że podawanie gośćca jako jedynej przyczyny inwalidztwa nie jest ściśłe i uzasadnione.

Powyższe uwagi krytyczne, powtarzam, nie zostały przytoczone dla tego, aby umniejszać znaczenie gośćca jako choroby społecznej, lecz aby wskazać na braki, jakie przedstawiają dzisiejsze — rodzime i zagraniczne opracowania statystyczne.

Braki te ocenia w następujący sposób J. Neyman w swej pracy: „Statystyka ubezpieczalni chorych w Anglii, Niemczech i Polsce": „Statystyka polskich i niemieckich Kas Chorych zajmuje się propagandą obrazowania działalności Kas Chorych i nie ma nastawienia na zagadnienia praktyczne. Notuje się i opracowuje materiały, które częstokroć mają znaczenie ciekawostek, podczas gdy zagadnienia istotnie ważne, związane bezpośrednio z praktyką, pozostają nie poruszone". Krytyka ta dotyczy przede wszystkim gospodarki Kas Chorych, lecz z powodzeniem może dotyczyć braków obecnych opracowań statystycznych ubezpieczenia chorobowego.

Statystyki zachorowań, inwalidztwa, śmiertelności, zwłaszcza w następstwie chorób społecznych — jak możemy stwierdzić na podstawie dotychczasowych rozważań — mają ogromne znaczenie. Powinny one dostarczyć nam danych dla polityki i higieny społecznej, a więc nie tylko danych liczbowych, dotyczących częstości zachorowań itd., lecz i tych warunków, od których ta częstość jest uzależniona. Statystyka wówczas pozwoli poznać czynniki sprzyjające powstawaniu i szerzeniu się schorzeń, a przez to umożliwi

nam właściwą działalność zapobiegawczą — walkę z przyczynami tych chorób.

Właśnie opierając się na odpowiednich statystykach (niestety nie polskich, a więc nie odźwierciadlających rodzimych warunków życia), możemy poznać czynniki, mające duży wpływ na powstawanie gośćca, a wynikające z warunków społecznych lub mających z nimi ścisły związek. Przejdę zatem z kolei, pomijając etiologię gośćca (a właściwie różne hipotezy jej dotyczące) do omówienia w bardzo krótkim zarysie warunków środowiska społecznego, pracy zawodowej itp., czynników patologii społecznej cierpień gośćcowych.

Wśród czynników sprzyjających powstawaniu gośćca na pierwszym bodaj miejscu należy postawić warunki pracy zawodowej. Wpływ tych warunków na nasilenie gośćca jest bardzo znaczny. Badania Fischera, Teleky'ego, a z licznych badaczy rosyjskich przede wszystkim Danischewskiego, wykazały ponad wszelką wątpliwość związek pomiędzy tymi warunkami a nasileniem gośćca. Udowodniono, że największe nasilenie chorób gośćcowych wykazują te zawody, w których warunki pracy połączone są ze szkodliwym działaniem czynników takich, jak szybkie zmiany temperatury z możliwością częstych zaziębień, nadmierna wilgotność, znaczne obciążenie mięśni i stawów, nienormalna pozycja ciała przy pracy, brak okresowych odpoczynków w pracy, działanie czynników atmosferycznych itd. Czynnikom tym dano nazwę „gośćcorodnych", właśnie wskutek ich wpływu na szerzenie się gośćca.

Największa chorobowość z powodu gośćca występuje w następujących grupach i w poszczególnych zawodach: (cytuję na podstawie pracy Danischewskiego „Le rhumatisme et le travail professionnel" z 1934 r.):

I. Metalurgia: giserzy, szlifierzy i walcownicy. Przy tym np. u giserów na 100 ubezpieczonych przypada 217,4 dni niezdolności i 11,6 przypadków niezdolności z powodu gośćca, czas trwania niezdolności, przypadającej na jedno zachorowanie, wynosi 18,7 dni. U szlifierzy i walcowników odpowiednie liczby wynoszą 120,8 i 16. Na pierwszym miejscu wśród schorzeń gośćcowych stoi w tej grupie zawodów gościec stawów, a na drugim — mięśni.

II. Grupa mechaniczna: — nitownicy, cyzelerzy i odlewnicy — jednak w mniejszym stopniu niż grupa pierwsza. Np. u nitowników wypada na 100 osób — 98 dni niezdolności, 8 przypadków niezdolności z przeciętnym trwaniem 12,5 dni. W tej grupie najczęściej występuje reumatyzm mięśni, nerwobóle, a na ostatnim miejscu gościec stawowy.

III. Górnictwo: podobne dane cyfrowe. U górników, pracujących pod ziemią, na 100 osób jest 8 zachorowań połączonych z niezdolnością do pracy, trwającą 12,5 dni. Najczęściej występuje w tej grupie ostry gościec stawowy i przewlekły.

IV. Robotnicy kolei żelaznych: w tej grupie gościec występuje najczęściej u pracowników obsługujących lokomotywy i u pracowników w pomieszczeniach o temperaturze zmiennej.

V. Przemysł garbarski: schorzenia gośćcowe występują najczęściej u robotników zajętych przy czesaniu, moczeniu itd.

Istotnym dowodem niekorzystnego wpływu czynników gośćcorodnych, może być fakt zmniejszania się liczby zachorowań na gościec w tych zakładach, w których polepszono warunki pracy przez wprowadzenie według określenia Danischewskiego, „minimum sanitarnego". Przez „minimum sanitarne" rozumie on zespół warunków i wskazań higieny pracy, które muszą być wprowadzone w życie dla przeciwdziałania „gośćcorodnym" szkodliwym warunkom pracy zawodowej. Normy i postulaty „minimum sanitarnego" stanowią: racjonalne ogrzewanie i wentylacja, zniesienie przeciągów, uszczelnienie drzwi i okien, budki szklane lub automatyczne zamki przy drzwiach wejściowych, ciepła odzież dla robotników pracujących w zimie, mechanizacja i racjonalizacja ciężkich prac fizycznych itd.

Po wprowadzeniu tych warunków w wielu zakładach stwierdzono w krótkim czasie poprawę w stanie ogólnej zdrowotności, w szczególności zmniejszenie nasilenia chorób gośćcowych (np. zmniejszenie liczby dni niezdolności w ciągu roku z 76 na 57, z 59 na 47 itd.). Przeprowadzone badania porównawcze w zakładach przemysłowych starego typu i w nowych zakładach, uwzględniających postulaty higieny pracy oraz stosujących nowoczesne formy produkcji (automatyzacja, mechanizacja prac ciężkich), wkazały również kilkakrotnie (2 — 5 razy) mniejsze nasilenie gośćca w tych ostatnich zakładach.

Zupełnie podobny wpływ na szerzenie się gośćca wywierają niehigieniczne warunki mieszkaniowe. Jest to zupełnie zrozumiałe, gdyż w mieszkaniu człowiek spędza przecież większą część swego życia. Wilgotne, zimne, ciemne mieszkania sprzyjają szerzeniu się gośćca — skutek odwrotny widać odrazu, gdy warunki mieszkaniowe ulegną poprawie. Np.

w Moskwie (wg. Danischewskiego) stwierdzono, że w związku z rozbudową racjonalnych mieszkań dla robotników, nasilenie schorzeń gośćcowych w mieszkaniach higienicznych znacznie się zmniejszyło.

Uznania powszechnej zależności między powstawaniem niektórych postaci gośćca (dny) a s p o s o b e m o d ż y w i a n i a, nie potrzebujemy szerzej uzasadniać.

Bezsporny jest w p ł y w w a r u n k ó w k l i m a t y c z n y c h na nasilenie objawów gośćcowych. Chłodny, zimny klimat, zwłaszcza nadmorski, duża zawartość wilgoci, zmiany meteorologiczne wahania ciśnienia atmosferycznego itp., mają ujemny wpływ zwłaszcza na chorych z już silniejszym schorzeniem gośćcowym.

Np. statystyki ubezpieczalni niemieckich wykazują, że choroby gośćcowe wynoszą w głębi kraju 10,8%, a na wybrzeżach morskich 15,12%. Podobne spostrzeżenia poczynili badacze rosyjscy. Ich zdaniem gościec występuje na wsi, a więc wśród robotników rolnych narażonych na wahania temperatury, wilgotności itd., dwa razy częściej niż w mieście; odwrotnie jest z gruźlicą.

S a m f a k t p r z y n a l e ż n o ś c i d o d a n e j w a r s t w y s p o ł e c z n e j nie ma, jak się zdaje, decydującego wpływu na szerzenie się gośćca. Np. w Szwecji wśród ludności wiejskiej gościec przewlekły doprowadza do inwalidztwa częściej właścicieli ferm niż ich służbę.

P r z y n a l e ż n o ś ć d o d a n e j r a s y l u b n a r o d o w o ś c i, jak również wpływy dziedziczności, mają pewien związek z powstawaniem schorzeń gośćcowych.

Według wielu autorów u narodów północno-europejskich gościec zdarza się znacznie częściej niż w innych krajach; jest on rozpowszechniony zwłaszcza wśród Anglików i Skandynawów.

Jednak, zdaniem Weissenbacha i Françon, odgrywają tu większą rolę warunki klimatyczne, sposób odżywiania się i w ogóle tryb życia, aniżeli czynniki etniczne.

Również klimatycznym czynnikom należy prawdopodobnie przypisać to, że w Afryce zdarza się gościec rzadko, i że występuje raczej pod postacią niezapalną. Np. Dumolard, który badał gościec w Algierze, stwierdza u tubylców przeważnie postacie zwyrodniające, cechujące się wybitnym odwapnieniem kości.

D z i e d z i c z n o ś ć niewątpliwie odgrywa dużą rolę, głównie jako usposobienie dziedziczne.

Holsti, Rantasalo i Wiesel stwierdzają, że gościec ostry i przewlekły jest w 50% cierpieniem dziedziczno - rodzinnym. Zdaniem Hangartera postacie zapalne i zwyradniające występują w rodzinie gośćcowej częstokroć w kolejności pokoleń — np. o ile ojciec choruje na gościec zapalny — syn cierpi na zwyrodniający i odwrotnie.

C z y n n i k i e m o c j o n a l n e, (odgrywające tak wielką rolę w patologii społecznej współczesnego, skomplikowanego życia społeczeństw), jak niepokój, nadmierne zmęczenie umysłowe itp., mają znaczenie większe — zdaniem niektórych autorów — niż się to na ogół przyjmuje. May opisuje ciekawy wypadek wystąpienia ciężkiego reumatyzmu stawowego u chorej w następstwie wstrząsu nerwowego na skutek pożaru, którego ten chory był świadkiem.

Kończąc omawianie czynników, mających związek z patogenezą społeczną gośćca, chcę poruszyć sprawę, która niewątpliwie sprzyja powstawaniu gośćca, a która ma jednocześnie duże znaczenie społeczne. Mianowicie chodzi o c h o r o b y z ę b ó w. Są to schorzenia, których leczenie, zwłaszcza u robotników, jest w dużym zaniedbaniu. Nie przeceniając wpływu chorób zębów na powstawanie niektórych schorzeń gośćcowych, należy jednak zgodzić się na istnienie w wielu przypadkach związku przyczynowego między gośćcem a chorobami zębów. I dlatego zwrócenie na tę sprawę większej uwagi jest koniecznością

D o t y c h c z a s o w e r o z w a ż a n i a p o z w a l a j ą n a p o s t a w i e n i e n a s t ę p u j ą c y c h t w i e r d z e ń, dotyczących obecnego stanu walki z chorobami gośćcowymi:

1) S t a n b a d a ń n a d g o ś ć c e m i to nie tylko w Polsce, lecz i zagranicą — j e s t n i e d o s t a t e c z n y, a w każdym razie nie odpowiada wadze zagadnienia.
2) B a d a n i a n a d g o ś ć c e m są przeprowadzane n i e s y s t e m a t y c z n i e i chaotycznie.
3) W a l k a z g o ś ć c e m bynajmniej n i e j e s t b e z n a d z i e j n a — przeciwnie ,jak wi-

dać z dotychczasowych doświadczeń, leczenie zapobiegawcze może dać bardzo dobre wyniki, gdy się pozna warunki sprzyjające powstawaniu gośćca.

4) Zwalczanie gośćca musi być prowadzone według planu, obejmującego jednocześnie badania nad gośćcem, zapobieganie i leczenie.

Zagadnienie organizacji walki z gośćcem było omawiane wielokrotnie na licznych zjazdach w Polsce i zagranicą, doprowadzając na ogół do zgodnych poglądów.

Odnośnie organizacji badań nad gośćcem najwłaściwsze było by powołanie specjalnej placówki naukowej (np. instytutu), gdzie można by, prócz naukowych badań, przeprowadzać również leczenie schorzeń gośćcowych. Zdaniem Pierwszego Polskiego Zjazdu do Badań nad Gośćcem (w Inowrocławiu, r. 1930) najodpowiedniejszą siedzibą takiego instytutu, opartego o wydział lekarski Uniwersytetu, byłoby jakieś uzdrowisko, w którym masowo leczą się reumatycy. Zadaniem takiego instytutu było by nadawanie kierunku w leczeniu gośćca, opracowywanie planu statystyki schorzeń gośćcowych, które przeprowadzałyby poszczególne instytucje itd.

Zwłaszcza to ostatnie zagadnienie ma ogromne znaczenie. Poruszyłem je nieco obszerniej na innym miejscu tego referatu. Wskazałem na ogromne znaczenie i wartość, a z drugiej strony na braki dzisiejszej statystyki. Jeżeli chodzi o dane statystyczne o gośćcu w Polsce, to są one bardzo skromne, przeprowadzone zdaje się tylko przez niektóre instytucje ubezpieczenia długoterminowego. Poza tym nie znam żadnych innych polskich statystyk schorzeń gośćcowych, prowadzonych według zasad, o których była mowa. Sprawę statystyki w ubezpieczeniu społecznym poruszę jeszcze w końcu referatu, tu chcę tylko podkreślić konieczność prowadzenia statystyk i przez inne instytucje państwowe, samorządowe, a przede wszystkim przez nasze uzdrowiska. Niewyzyskanie obfitych materiałów, które uzdrowisko może posiadać, jest niepowetowaną stratą. Wydawało by się słuszne nałożenie na lekarzy ordynujących obowiązku rejestrowania chorych na gościec według określonego wzoru, i przesyłanie tego rejestru po zakończonym sezonie do administracyjnych lekarzy zdrojowych, którzy na tej podstawie przeprowadzaliby statystykę zachorowań na gościec.

Wielkim ułatwieniem w pracach statystycznych w Polsce będzie okoliczność, że posiadamy już mianownictwo schorzeń gośćcowych (opracowane przez prof. Orłowskiego, a przyjęte przez Polski Związek Zwalczania Gośćca). Opiera się ono na podstawie etiologicznej, uwzględnia przebieg kliniczny i właściwości anatomo - patologiczne, jest przejrzyste, łatwo zrozumiałe, można je zastosować do różnych potrzeb statystycznych, gdyż poszczególne jednostki chorobowe daje się łączyć łatwo w mniejsze lub większe grupy chorobowe.

We wspomnianym wyżej instytucie mogło by się odbywać poza tym szkolenie i specjalizacja lekarzy, pracujących w zakresie zwalczania gośćca.

Sprawa szkolenia personelu lekarskiego jest nie mniej paląca, gdyż bez fachowego przygotowania lekarzy, bez wszechstronnego przez nich opanowania istoty, patogenezy i kliniki gośćca, leczenie będzie mijało się z celem. Zwłaszcza należało by zwrócić uwagę na przeszkolenie przynajmniej tych lekarzy, którzy z gośćcem najwięcej mają doczynienia, a więc lekarzy Ubezpieczalni Społecznych, którzy kwalifikują chorych do leczenia sanatoryjnego (świadczenia leczniczego bardzo kosztownego), a poza tym — i może w pierwszym rzędzie — lekarzy ordynujących w uzdrowiskach, do których trafia wielka liczba chorych reumatyków. Dzisiejsze przygotowanie w zakresie leczenia gośćca większości lekarzy, ordynujących w uzdrowiskach, nie stoi na wysokości zadania. Leczenie przeważnie odbywa się schematycznie, bez postawienia dokładnego rozpoznania. Odnosi się nieraz wrażenie, że w uzdrowiskach odbywa się nie leczenie, lecz tylko kąpanie chorych. Na przeszkodzie stoi często brak urządzeń diagnostycznych w uzdrowiskach, a poza tym i względy materialne chorych. Zwłaszcza postawienie dokładnego rozpoznania jest niemożliwe np. u chorych, którzy przyjeżdżają do uzdrowisk na sławetne, t. zw. ryczałtowe, tanie pobyty i oczywiście ze względów fi-

nansowych niechętnie zgadzają się na propozycję przeprowadzania dodatkowych badań.

C o d o z a p o b i e g a n i a, to sprawę tę poruszałem już przy omawianiu wpływu zawodu na występowanie gośćca. Tu dodam, że zagadnienie to łączy się z higieną i bezpieczeństwem pracy, a więc dotyczy zarówno lekarza jak i inżynierów fachowców tej dziedziny. Zapobieganie może dać doskonałe wyniki.

Środki zapobiegawcze stosuje się w rozmaity sposób, zależnie od charakteru danej pracy. Wysokie temperatury są zmniejszane przez izolację powierzchni rozżarzonych, przez zastosowanie odpowiedniej wentylacji, zwiększenie pomieszczeń itp. Zmniejsza się wilgotność powietrza, zwiększa zastosowanie pieców elektrycznych; pomiędzy robotnikiem a otwartym piecem urządza się specjalne zasłony ochronne z powietrza i wody. Robotnicy są ustawiani za specjalnymi ekranami izolacyjnymi. Przedsiębiorstwa winne być coraz intensywniej zmechanizowane, co skraca czas pracy robotnika w przegrzanym miejscu, drzwi zamykają się automatycznie dla uniknięcia przeciągów. W przemyśle skórzanym zmniejszać należy do minimum możliwości zachorowań, stosując nieprzemakalne podłogi, urządzenia dla odpływu wody, mechanizację pracy. Również zmniejszenie godzin pracy i wprowadzenie częstych przerw w pracy w zawodach, uważanych za niebezpieczne, stanowią ważny środek zapobiegawczy itd.

Z zapobieganiem łączy się ściśle sprawa wyboru zawodu lub zmiany zawodu u ludzi, którzy przebyli gościec lub są do niego usposobieni dziedzicznie. Wreszcie różne instytucje państwowe i społeczne oraz instytucje ubezpieczenia społecznego, mogą prowadzić bardzo celową akcję zapobiegawczą, a jednocześnie właściwą politykę finansowo -lokacyjną ,budując higieniczne mieszkania dla osób chorych na gościec, zwłaszcza, gdy grozi im inwalidztwo.

C o d o l e c z e n i a g o ś ć c a, to nie poruszam na tym miejscu metod leczniczych, a tylko organizację lecznictwa, podając wytyczne.

1) Na pierwszym miejscu postawić należy u m i e j ę t n o ś ć i f a c h o w o ś ć l e c z e n i a, gdyż wczesne i trafne rozpoznanie, zastosowanie właściwego leczenia decydują o jego wynikach. Oto dlaczego tak jest ważne przygotowanie personelu lekarskiego jak i pomocniczego (dla wykonywania masaży, gimnastyki itp.). Dlatego jeszcze raz podkreślić należy konieczność szkolenia lekarzy zarówno w Uniwersytecie (katedry reumatologii) jak i później na kursach dokształcających w zakresie gośćca.

2) L e c z e n i e n a l e ż a ł o b y p o ł ą c z y ć z o p i e k ą, zwłaszcza jeśli mowa o leczeniu społecznym, a więc dotyczącym szerokich warstw ludności. Bardzo celowe jest tworzenie przychodni na wzór przeciwgruźliczych (względnie dla tych celów można by wykorzystać niektóre z przychodni przeciwgruźliczych w pewnych dniach i godzinach), a to celem poznania warunków życia i pracy chorego, zwrócenie specjalnej uwagi na leczenie gośćca u dzieci.

3) Z a c h o w a n i e c i ą g ł o ś c i l e c z e n i a (porozumiewanie się i współpraca wszystkich czynników leczących w czasie przeprowadzonego leczenia),

4) p r z e p r o w a d z a n i e o k r e s o w y c h b a d a ń chorych na gościec aż do wyleczenia.

Tylko całkowite przedstawione wyżej ujęcie sprawy zwalczania gośćca i prowadzenie akcji przeciwgośćcowej według racjonalnego, określonego planu, może istotnie spełnić swe zadanie.

Na zakończenie niniejszego referatu pozwolę sobie przedstawić zebranym, c o w z a k r e s i e z w a l c z a n i a g o ś ć c a z r o b i o n o n a t e r e n i e u b e z p i e c z e ń s p o ł e c z n y c h w Polsce.

Instytucje ubezpieczenia społecznego doceniają w pełni doniosłość zagadnienia walki z gośćcem i mają świadomość swej roli i swych dużych możliwości w prowadzeniu badań nad gośćcem i w zwalczaniu go.

Na powyższe cele ubezpieczenia społeczne oddawna poświęcają znaczne fundusze.

S p e c j a l n ą u w a g ę z w r ó c o n o n a l e c z e n i e z d r o j o w e chorób gośćcowych, tworząc szereg zakładów leczniczych, zdrojowiskowych, przeznaczonych całkowicie lub częściowo do leczenia tych chorób. W chwili obecnej, t. j. w 1939 r. są czynne (lub będą czynne) następujące zakłady lecznicze: Zakład „Excelsior” w Iwoniczu na 230 łóżek czynny cały rok, wyposażony we wszelkie urządzenia do przeprowadzania rozpoznania i do

leczenia; Zakład leczniczy w Inowrocławiu na 100 łóżek, wyposażonych nieco skromniej, lecz również stojący na wysokim poziomie; Zakład leczniczy w Busku, będący obecnie w rozbudowie ,narazie na 120 łóżek. Poza tym leczenie gośćca przeprowadza Zakład „Lwigród" w Krynicy i sezonowe zakłady lecznicze w Druskienikach, Rymanowie, Niemirowie i Szkle, przy tym liczba dni leczenia w sanatoriach, dostosowanych przede wszystkim do leczenia schorzeń gośćcowych, stale się zwiększa.

Poza zadaniem ściśle leczniczym, Zakład „Excelsior" w Iwoniczu spełnia zadania placówki naukowej, specjalnie nastawionej na badania nad gośćcem. Stamtąd też wyszły z tej dziedziny cztery prace Dr E. Boksera (jedna wspólna z Dr Szubargą).

Mimo, że rezultaty działalności Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w zakresie lecznictwa chorób gośćcowych, zwłaszcza w zestawieniu z działalnością innych organizacji lecznictwa zbiorowego, nie są wcale małe, to jednak Zakład ma świadomość istniejących jeszcze dotychczas licznych braków w leczeniu chorób gośćcowych w ubezpieczeniu społecznym. Wśród leczonych w sanatoriach Z. U. S., chorzy z cierpieniami gośćcowymi zajmują wprawdzie liczebnie jedno z pierwszych miejsc, jednakże spory odsetek tych chorych dostaje się do sanatoriów bez dostatecznych wskazań (przypadki, zakwalifikowane do leczenia zdrojowego na podstawie niesprawdzonych skarg i wątpliwej wartości objawów przedmiotowych, jak bóle i trzeszczenia w stawach, obecność kwaśnych moczanów w moczu itd., albo przeciwnie — posunięte sprawy gośćcowe zwyrodniające, w których wynik leczniczy jest krótkotrwały i osiągalny w warunkach leczenia ambulatoryjnego itd.) ; poza tym brak jest ścisłego kontaktu między lekarzem chorego i zakładem leczniczym, wskutek czego cenne wyniki domowej obserwacji i leczenia zdrojowego nie są wyzyskiwane w odpowiedni sposób, lekarz zdrojowiskowy traci czas na długotrwałe rozpoznawcze metody badania, zamiast maksymalnie wyzyskać działanie bodźców właściwych zdrojowisku itd.

W celu usprawnienia i zracjonalizowania lecznictwa głównie sanatoryjnego (zwłaszcza w zakresie gruźlicy i gośćca) Z. U. S. zorganizował zjazd w Jabłonkowie w lutym 1939., na którym to zjeździe w sposób następujący przedstawiłem w mym referacie wytyczne racjonalnej organizacji lecznictwa gośćca:

„Uwzględniając współczesną organizację lecznictwa ubezpieczeniowego ,opartą na pracy lekarza domowego, można stwierdzić, że racjonalny plan lecznictwa chorych gośćcowych w instytucjach ubezpieczenia społecznego musi być oparty na: — 1. wykwalifikowanej pomocy lekarskiej ambulatoryjnej w miejscu zamieszkania chorego, najracjonalniej ujętej w systemie poradni przeciwgośćcowych (analogicznie do powszechnie przyjętych zasad zwalczania gruźlicy), które przynajmniej w wielkich miastach powinny stanowić uzupełnienie pracy lekarza domowego przez ustalenie w wątpliwych przypadkach rozpoznania i postępowania leczniczego, które następnie przeprowadzałby lekarz domowy, — 2. umożliwieniu stosowania — przy istotnych wskazaniach z punktu widzenia klinicznego i społeczno - ubezpieczeniowego — leczenia zdrojowo-kąpielowego, stanowiącego w niektórych postaciach gośćca (przede wszystkim w postaciach zapalnych gośćca — niezależnie od etiologii) najskuteczniejszy środek leczniczy. Naturalnie nieodzownym warunkiem osiągnięcia właściwych wyników leczenia zdrojowo - kąpielowego jest odpowiednie urządzenie leczniczego zakładu zdrojowiskowego, przygotowanego nie tylko do przeprowadzania leczenia, ale i do naukowych badań nad każdym przypadkiem.

Poza tym w zakresie leczenia zdrojowo-kąpielowego najpilniejsze jest ustalenie wskazań i przeciwwskazań dla lekarzy domowych lub przychodni przeciwgośćcowych przy kwalifikowaniu chorego na gościec do leczenia kąpielowego. Wobec praktycznych trudności ścisłego ustalenia rozpoznania choroby gośćcowej, czynnikiem rozstrzygającym było by określenie charakteru przewlekłego procesu chorobowego—stwierdzenie objawów zapalnych, jak przyspieszenie opadania krwinek czerwo-

nych, zwiększona leukocytoza, mogłyby przemawiać za stosowaniem leczenia zdrojowego. Najwłaściwsze wydaje się — przy wnioskach o skierowanie chorego po raz pierwszy do sanatorium — dodatkowe wypełnienie „karty badania w przypadkach chorób gośćcowych", załączonej przy referacie.

Wreszcie konieczne jest dla racjonalizacji leczenia gośćca, ściślejsze powiązanie leczenia ambulatoryjnego z leczeniem zdrojowym".

Te postulaty zostały na zjeździe przyjęte i, począwszy od bieżącego roku, będą stopniowo wprowadzane w życie.

W najbliższym czasie zostanie również uregulowana sprawa statystyki lekarskiej ubezpieczenia społecznego w ogóle, a więc i chorób gośćcowych. Stan jej obecny jest niezadowalający. Jeżeli chodzi o ubezpieczenia chorobowe, to najbliższe opracowania statystyczne uwzględnią szereg nowych pozycji, a przede wszystkim sprawę czasokresu niezdolności do pracy, wywołanej poszczególnymi cierpieniami gośćcowymi. Ubezpieczenia emerytalne są w trakcie opracowywania statystyk za okres 5-letni, przy tym z chorób gośćcowych stawów zostaną uwzględnione następujące grupy:

I. Gościec zakaźny:
1. przewlekły gościec reumatyczny (polyarthritis reum. chron. sec.),
2. przewlekły gościec po innych zakażeniach (tbc., gonor. itd.),
3. przewlekły gościec pierwotny (polyarthritis chron. prim.),
4. postępujące zapalne zesztywnienie kręgosłupa (spondylarthr. ankilopoetica).

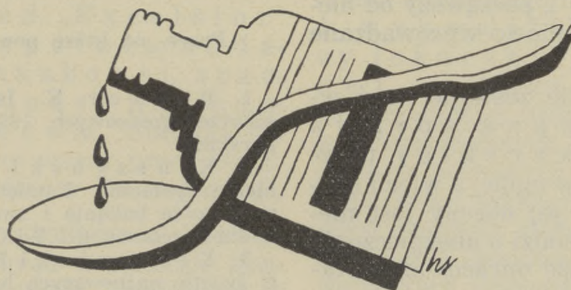
II. Gościec zwyrodniający.

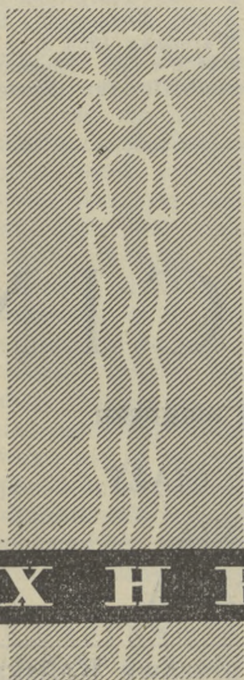
III. Schorzenia gośćcowe o nieustalonym pochodzeniu.

Niezależnie od schorzeń gośćcowych stawów, statystyka uwzględnia zakażenie gośćcowe jako czynnik etiologiczny w chorobach serca i innych narządów.

Prace, na które powołano się w tekście.

1. Bokser E. Istota i wywód chorobowy schorzeń gośćcowych. 1937 r. Odbitka z Now. Lekarskich.
2. Kłuszyński H. Gościec jako zagadnienie społeczne. Pamiętnik I Polskiego Zjazdu w sprawie badania i zwalczania reumatyzmu — w Inowrocławiu 6 i 7-IX-1930 r.
3. Kłuszyński H. Reumatyzm (gościec) w świetle najnowszych badań.
4. Zimmer A. Die Behandlung der rheumatischen Krankheiten Leipzig, 1930 r.
5. Danichewski G. Le rhumatisme et le travail professionnel, „Le rhumatisme". Moscou, 1934 r.
6. Weissenbach et Françon. Les rhumatismes. Maladies sociales, Doin et C-ie Paris 1939 r.
7. Reicher E. Gościec i dna, 1937 r. Lekarz Wojskowy.
8. Neyman J. Statystyka Ubezpieczalni Społecznych w Anglii, Niemczech i Polsce. Instytut Spr. Społ. Warszawa 1934 r.
9. Hangarter W. Rheumatismus und Erblichkeit. Zeitschrift für Rheumaforschung Nr. 1/1939.





S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Śródbłoniak opłucnej. (Contribution à l'étude de l'endotheliome pleurale). E. Sergent, R. Kaurilsky.

La Presse Méd., Nr. 14, 1939.

Sprawozdanie dotyczy rozpoznanego klinicznie przypadku śródbłoniaka opłucnej.

Historia choroby jest bardzo ciekawa. 62-letniemu mężczyźnie, który od 20 lat miewał napady suchego, męczącego kaszlu, wyskoczył pewnego dnia, zupełnie nagle guz, zdawało się ze ściany klatki piersiowej, w prawej okolicy podobojczykowej. Od tego czasu kaszel wzmógł się nieco i pojawiła się lekka duszność wysiłkowa. Badanie radiologiczne, wykonane w kilka dni później, żadnych odchyleń od stanu prawidłowego nie stwierdziło, a twór w okolicy obojczyka i górnych żeber potraktowano jako wynik kiłowego procesu zapalnego w żebrze. Mimo braku jakichkolwiek objawów kiły, poddano chorego leczeniu swoistemu. Leczenie to nie odniosło żadnego skutku, a chory miał nadal nieznaczne dolegliwości, ogólnie zaś czuł się bardzo dobrze. Po 3-ch miesiącach stwierdzono obecność płynu w prawej opłucnej: dokonano nakłucia i wydobyto 350 cm^3 płynu o charakterze surowiczo - włóknikowym. Płyn wytworzył się na nowo tak szybko, że po 3 tygodniach wydobyto go 2500 cm^3, przy czym powstał ostry obrzęk płuc. Od tego czasu, co 10 dni wydobywano około 1½ l. płynu. Na podstawie obrazu klinicznego, mimo bardzo dobrego stanu ogólnego, rozpoznano nowotwór opłucnej i chorego poddano naświetlaniom promieniami Rentgena. Na zabieg chirurgiczny chory się nie zgodził.

W rok po rozpoczęciu się choroby, pacjent nadal czuł się ogólnie bardzo dobrze, a tylko badanie przedmiotowe klatki piersiowej przemawiało za procesom wysiękowym w prawej jamie opłucnej, co w połączeniu z przebiegiem klinicznym, kazało rozpoznawać nowotwór opłucnej. Badanie cytologiczne wydobytego przy nakłuciu płynu, stwierdza w nim obecność następujących składników komórkowych:

komórek śródbłonkowych	87%
monocytów	2%
limfocytów	5%
l. kwasochłonnych	6%

Badanie wziernikowe opłucnej wykazało rozległe nacieczenie nowotworowe prawej opłucnej ściennej. Masy nowotworowe obficie unaczynione miały wygląd jakby gron poziomkowych, płyn zaś wysiękowy był przejrzysty, surowiczy.

Badanie rentgenologiczne wykazało obecność wielu cieni, kształtu owalnego i okrągłego, rozsianych po całej opłucnej prawej; cień serca przesunięty nieco w lewo.

Po upływie 1½ roku od chwili ukazania się guza, chory zmarł z rozpoznaniem śródbłoniaka opłucnej. Wyniku badania sekcyjnego nie podano.

O zawałach bakteryjnych mięśnia sercowego w przebiegu zapalenia wsierdzia. (Infarctus septique du myocarde au cours d'une endocardite maligne). R. Lutembacher.

La Presse Méd., Nr. 14, 1939.

Zatory naczyń tętniczych tak często spotykane w przebiegu zapalenia wsierdzia, usadawiają się nieraz w tętnicach wieńcowych serca, powodując zawał i martwicę z rozmiękaniem mięśnia sercowego. Objawy spowodowane tym procesem różnią się często, zależnie od umiejscowienia zawału.

Autor podaje krótki opis trzech przypadków zawału bakteryjnego mięśnia sercowego. Wszyscy opisani chorzy byli dotknięci wadami serca w następstwie przebytego dawniej ostrego gośćca stawowego. Chwila powstania zawału zaznaczała się nagłym pojawieniem się ostrego bólu w okolicy serca oraz ostrą niewydolnością krążenia. Zejście śmiertelne następowało w ciągu 12 — 48 godzin.

Sekcyjnie we wszystkich podanych przypadkach stwierdzono w mięśniu sercowym ogniska martwicze, obficie przesiąknięte krwią, otoczone wałem nacieku z krwinek białych. Zmiany te umiejscawiają się najczęściej w lewej ścianie komory.

Kiła żołądka. (La syphilis gastrique). S. Davicovic.

La Presse Méd., Nr. 14, 1939.

Proces kiłowy w obrębie żołądka wywołać może następujące zmiany:

1) rozlany nieżyt żołądka, 2) wrzód żołądka, 3) guzy kilakowe „wrzekomo nowotworowe", 4) zbliznowacenie w części środkowej żołądka, czyli t. zw. żołądek dwudzielny, 5) bliznowate zwężenie odźwiernika, 6) linitis plastica.

Najczęstszą z tych postaci jest kilak żołądka, który zajmuje zwykle tylną ścianę przy małej krzywiźnie i w sąsiedztwie odźwiernika. Kiedy indziej powstają rozlane twarde nacieki w okolicy odźwiernika, dające obraz linitis plastica.

Wrzód kiłowy żołądka jest zwykle następstwem rozpadu kilaka. Jest on zwykle okrągły, średnica jego zwiększa się ku głębszym warstwom ściany żołądka, brzegi zaś owrzodzenia są uniesione. Wrzody te drążą głęboko, a tym samym mają dużą skłonność do przedziurawienia.

Do obrazów charakterystycznych, spotykanych przy badaniu histologicznym żołądka kiłowego, należą obfite nacieki drobnokomórkowe w otocze-

niu naczyń. Błona wewnętrzna tętnic jest nacieczona, zgrubiała i zwłókniona. Podobne zmiany stwierdza się w ścianach żył.

Co do obrazu klinicznego, to podkreślić należy różnorodność dolegliwości, na jakie skarżą się chorzy z kiłą żołądka. Wymienić więc trzeba: bóle w nadbrzuszu, nudności, wymioty, brak łaknienia, osłabienie, chudnięcie. Wymioty niekiedy bywają krwawe. Laboratoryjnie stwierdza się dodatnie odczyny kiłowe i niską kwaśność soku żołądkowego. Objawy rentgenologiczne są zmienne, zależnie od postaci kiły żołądka. Najpewniejszym dowodem, potwierdzającym słuszność rozpoznania kiły żołądka, jest skuteczność leczenia swoistego. Niektórzy klinicyści radzą zawsze w przypadkach kiły żołądka zabieg chirurgiczny.

Autor donosi o dwóch przypadkach prawdopodobnej kiły żołądka.

Pierwsza historia choroby dotyczy kobiety, u której wykonano otwarcie jamy brzusznej z powodu silnych bólów i obfitych wymiotów po jedzeniu. W czasie zabiegu stwierdzono w środkowej części żołądka wyraźne zbliznowacenie ściany; również w okolicy odźwiernika ściana była wyraźnie zgrubiała, a na śluzówce widoczne były w kilku miejscach drobne ubytki. Po stwierdzeniu tych zmian, wycięto żołądek metodą Reichel-Polya.

W skrawkach wyciętego żołądka stwierdzono histologicznie w niektórych miejscach brak śluzówki, w innych jej zbliznowacenie lub objawy przewlekłego nieżytu. W obrębie całego żołądka, zwłaszcza w okolicy blizny, znajdowały się obfite nacieki z limfocytów i komórek plazmatycznych. Naczynia tętnicze były zmienione: błona wewnętrzna znacznie zgrubiała, a w błonie środkowej stwierdzono również liczne nacieki. Wszystkie te zmiany świadczyły o przewlekłym procesie zapalnym.

W 5 dni po zabiegu, wykonano u chorej serologiczne odczyny kiłowe, które dały wynik wybitnie dodatni. Chora poddano energicznemu leczeniu przeciwkiłowemu, po czym stan jej poprawił się bardzo znacznie, a dolegliwości ustąpiły całkowicie.

Drugi przypadek dotyczy chorego, który przebywał kilkakrotnie krwotoki żołądkowe. Sekcyjnie stwierdzono: przewlekły nieżyt błony śluzowej żołądka, przerost jego ściany w całości, liczne drobne owrzodzenia, a poza tym zmiany wątroby — typowe dla marskości kiłowej.

Oba przypadki rozpoznano jako kiłę żołądka.

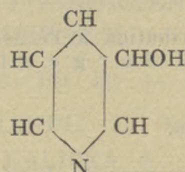
Witamina P.-P. (Vitamine P.-P. Le rôle métabolique de l'acide nicotinique). L. Justin, Besançon.

La Presse Méd., Nr. 18, 1939.

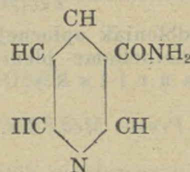
Nauka o witaminach i ich roli w ustroju stanowi najmłodszą gałąź biologii ,dział, który szybko wzbogaca się w coraz większe doświadczenie chemiczne i kliniczne.

Witamina P.-P. (Pellagra preventing — zapobiegająca pellagrze) wyodrębniona została z grupy witamin B przez Goldberga, po mozolnych trzynastoletnich badaniach jego szkoły. W wyniku ich ogłoszono w roku 1937, że kwas nikotynowy i jego pochodne stanowią ważny czynnik biologiczny, i że między innymi jest on środkiem leczniczym i zapobiegawczym dla pellagry.

Badania doświadczalne zwróciły się teraz w kierunku ustalenia wzoru chemicznego kwasu nikotynowego i jego amidu, a następnie polegały na określeniu zawartości tych składników w poszczególnych pokarmach. Wzory omawianych związków przedstawiają się następująco:



K. nikotynowy.



Nikotamina.

Tabela zawartości kwasu nikotynowego w poszczególnych pokarmach wskazuje, że największe jego ilości zawierają: wątroba, świeże mięso, jajka i pomidory.

Przy klasyfikacji witamin, witaminę P.-P. zaliczyć należy do grupy witamin rozpuszczalnych w wodzie. Podkreślić należy jej całkowitą odrębność chemiczną i biologiczną od witaminy P.

Rola biologiczna witaminy P.-P. polega na jej wybitnym wpływie na wzrost wszelkich ustrojów, nawet bakterie (gronkowiec złocisty, odmieniec) rosną obficiej i szybciej pod wpływem kwasu nikotynowego. Poza tym istnieje związek pomiędzy witaminą P.-P. a zaczynami oddechowymi.

Kliniczne znaczenie witaminy P.-P. polega przede wszystkim na jej wybitnym wpływie leczniczym w przypadkach pellagry. Na obraz choroby składają się objawy skórne (wyprysk, rumienie), zmiany zapalne błon śluzowych, zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego oraz zaburzenia umysłowe i apatia). W postaciach poronnych zespół ten nie występuje w całości, pojawiają się tylko poszczególne jego składniki. Podanie kwasu nikotynowego w należytej dawce powoduje zniknięcie wszystkich objawów chorobowych w ciągu kilkunastu godzin.

Witamina P.-P. wywiera również korzystny wpływ na rozmaite objawy chorobowe, występujące bez związku z pellagrą. Do spraw tych należą zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego (zaparcia, biegunki). W przypadkach tych podanie witaminy P.-P. wywołuje bardzo szybką poprawę.

Podanie witaminy P.-P. człowiekowi zdrowemu w postaci 100 — 500 mg kwasu nikotynowego, wywołuje rozszerzenie naczyń krwionośnych górnej połowy ciała, reguluje czynność ośrodków nerwowych, wzmaga wydzielanie soku żołądkowego oraz pobudza działanie narządów krwiotwórczych.

Witamina P.-P. wpływa na gospodarkę porfirynowa. Po podaniu kwasu nikotynowego ustępuje porfirynuria, która zwykle towarzyszy pellagrze. Autorzy angielscy spostrzegali też znikanie pod wpływem kwasu nikotynowego porfiryny, występującej w moczu w przypadkach zatrucia rtęcia, oraz w marskości wątroby i w chorobie Biermera.

Leczenie czerwienicy naświetlaniem okolicy odźwiernika. (Traitement de la polyglobulie par l'irradiation du pylore). A. Ravina.

La Presse Méd., Nr. 13, 1939.

Odkrycie przez Castle'a czynnika krwiotwórczego, w którego skład wchodzi składnik zewnątrzpochodny i wewnątrzpochodny, t. j. wytwarzany przez błonę śluzową żołądka, stanowiło ważny moment dla lecznictwa chorób krwi.

Czerwienicę uważają niektórzy autorzy za przeciwieństwo choroby Biermera, t. j. za cierpienie spowodowane nadczynnością błony śluzowej żołądka i nadprodukcją czynnika wewnątrzpochodnego.

Stąd też pochodzi wskazanie lecznicze — zniesienia czynności błony śluzowej okolicy odźwiernika. Osiągnąć to można albo przez chirurgiczne wycięcie odźwiernika, albo też przez naświetlanie tej okolicy promieniami Rentgena.

Zabieg chirurgiczny jest zbyt poważny, by bez miejscowej, ważnej przyczyny (wrzód, guz nowotworowy), chorego narażać. Leczenie natomiast promieniami Rentgena nie przedstawia niebezpieczeństwa.

Skuteczność jego zależy od trafności techniki i dawkowania naświetlań. Wielu autorów osiągało przy pomocy tego leczenia wyraźną poprawę.

Technika przedstawia się w ten sposób, że po oznaczeniu (pod kontrolą kontrastowego prześwietlenia żołądka) pola o średnicy 9 cm, obejmującego odźwiernik, naświetla się je dawkami po 200 r. każda. Naświetla się seriami, stosując po 3 — 4 posiedzenia z przerwami dwudniowymi, powtarzając te serie 5 razy w odstępach miesięcznych.

Leczenie przeprowadzone w ten sposób, daje szybką poprawę stanu ogólnego, spadek liczby krwinek czerwonych i zmniejszenie zawartości hemoglobiny, ewentualnie zmniejszenie śledziony.

Naświetlanie przeprowadzone przy pomocy powyższej techniki, nie wywołuje ze strony innych narządów żadnych ubocznych objawów.

Choroby narządu oddechowego. Przegląd prac z roku 1939. J. Celice, J. Lereboullet.

Paris Médical, Nr. 4, 1939.

Badania Chauscharda z dziedziny fizjologii płuc stwierdziły, że acetylcholina, adrenalina i yohimbina wywierają wpływ dodatni na pobudliwość ośrodka oddychania. Atropina natomiast działa wręcz odwrotnie. Pittaluga, badając układ siateczkowo - śródbłonkowy płuc, stwierdził wybitną zdolność ich do wiązania witaminy A.

Autorzy francuscy podkreślają wartość badania tomograficznego płuc, zaznaczając, że metoda ta pozwala na bardzo dokładne umiejscawianie stwierdzonych w miąższu płucnym zmian.

Torbiele powietrzne płuca mogą być wrodzone i nabyte. Te ostatnie są zwykle następstwem dłu-

gotrwałych rozszerzeń oskrzeli i znacznego stopnia rozedmy płuc. W rozpoznaniu różnicowym dwu tych zasadniczych rodzajów torbieli, dopomaga dokładna znajomość przebiegu choroby i zachowanie się obrazu radiologicznego zmian w dalszym przebiegu sprawy. U ludzi dotkniętych sprawą wrodzoną, wywiady świadczą o sięgającej wczesnego dzieciństwa skłonności płuc do wszelkich chorób; w przypadkach natomiast zmian torbielowatych późnych, dowiedzieć się można prawie zawsze o przebytych sprawach chorobowych, które wtórnie doprowadziły do ich powstania. Obraz radiologiczny torbieli wrodzonych bardzo długo nie wykazuje zmian, względnie ulega zmianom bardzo powoli.

Monografie o rozszerzeniach oskrzeli szeroko omawiają tę sprawę, a doniesienia o przypadkach tej choroby mnożą się coraz bardziej. Nobecourt, rozpatrując zagadnienie etiologii tych zmian podkreśla, że rozszerzenia oskrzeli rozwijają się bardzo często jako następstwo odoskrzelowego zapalenia płuc.

Solomon omawiając 32 przypadki procesów zapalnych w płucu, wywołanych pałeczką Friedlandera, podkreśla, że 84% przypadków przebiegało pod postacią ciężkiego płatowego zapalenia płuc, w czasie którego notowano bardzo ciężki stan ogólny, krwioplucia i niekiedy żółtaczkę. Zejście śmiertelne następowało zwykle po 6 — 7 dniach. Jako powikłanie spostrzegano najczęściej ropień płuca. Tło bakteriologiczne sprawy ustalane było we wszystkich przypadkach na podstawie wyniku hodowli.

Zakażenia pneumokokowe badane były z punktu widzenia bakteriologicznego, klinicznego, a przede wszystkim terapeutycznego. Benda i Mollard spostrzegali przypadek czystego zakażenia pneumokokowego (bez domieszki infekcji gruźliczej), w którym wytworzył się naciek okołoogniskowy. W przypadku Rista i Baudeta, w którym dwukrotnie nastąpił nawrót choroby, stwierdzono w plwocinie obecność pneumokoków typu III. Według ostatnich statystyk, w Paryżu spotyka się najczęściej pneumokoki typu I. Rebnaud uważa pneumokokowe zapalenie płuc za wynik uczulenia ustroju na toksyny, zawarte w otoczce tych bakterii.

Leczenie pneumokokowych zapaleń płuc prowadzą poszczególni autorzy odmiennie; podkreślić jednak należy, że stosowanie w tych przypadkach środków siarkowych zyskuje coraz więcej zwolenników. Poszczególni klinicyści stosują rozmaite przetwory, ale zewsząd słychać głosy o skuteczności tego postępowania. Podawanie przetworów siarkowych jest przeciwwskazane w przypadkach niedokrwistości i skazy krwotocznej. Poza tym przy stosowaniu tych środków uważać trzeba na możliwość wystąpienia objawów uczulenia, względnie nieznoszenia przez ustrój tego środka leczniczego.

Suarez stosował seroterapię w czasie bardzo ciężkiej epidemii zapalenia płuc w Ameryce Południowej, i donosi o bardzo dobrych jej wynikach.

Bezançon zastanawia się nad stosunkiem gruźlicy do procesów ropnych w tkance płucnej. Wyróżnia on przypadki, w których gruźlica i ropienie rozwijały się jednocześnie i te, w których do ropnia dołączyła się gruźlica. Podkreśla on wielką skłonność chorych z ropniem płuc do zakażenia gruźlicą i wypływającą stąd konieczność jak najstaranniejszego oddzielania tych chorych od osób prątkujących. Gruźlica nie stanowi przeciwwskazania do chirurgicznego leczenia ropnia płuca. Leczenie klimatyczne w przypadkach ropnia płucnego daje często bardzo dobre rezultaty. Sergent i Fourestier rozpatrują również sprawę stosunku gruźlicy do ropnych procesów płucnych. Przypadki dołączenia się gruźlicy do ropnia płuca traktują oni jako wynik dwu czynników: miejscowego i ogólnego. Czynnikiem miejscowym nazywają oni możliwość dojścia procesu ropnego do starego, nieczynnego ogniska pierwotnego gruźliczego. Wskutek tego ognisko to zostaje rozbudzone, prątki poprzednio zasklepione są wyswobodzone i rozsiewają się, a jako następstwo tego powstaje czynna gruźlica płuc. Czynnikiem ogólnym jest w tych przypadkach osłabienie odporności ustroju przez długotrwały proces chorobowy. Ponieważ coraz częściej słyszy się o dołączaniu się gruźlicy płuc do ropnia, autor radzi wykonywać we wszystkich przypadkach ropnia płuca, które w ciągu dwumiesięcznego leczenia zachowawczego nie ulegają poprawie, zabieg chirurgiczny. Cayla donosi o przypadku gronkowcowego ropnia płuca u niemowlęcia, u którego po dziesięciomiesięcznym okresie bezgorączkowym, uzyskanym przy pomocy wstrzykiwań dożylnych alkoholu, nastąpiło zejście śmiertelne wśród objawów odoskrzelowego zapalenia płuc. Sekcyjnie stwierdzono świeże małe ognisko ropne u podstawy płuca. Lageze podkreśla ważność ustalenia tła, na którym rozwinął się ropień płuca. Chodzi tutaj o częste przypadki, w których najniespodziewaniej w świecie okazać się może, że proces ropny jest pochodzenia kiłowego lub też rozwija się na tle nowotworu. Nie należy nigdy zaniechać próby leczenia przeciwkiłowego, nawet w tych przypadkach, w których nie ma żadnych objawów kiły. Carnot, Girard i Lavergne obserwując przypadek amyloidozy po długotrwałym ropieniu płucnym, stwierdzili próbami strącającymi różnorodność białek krwi i plwociny. Białka natomiast plwociny i moczu zgadzały się ze sobą. Wskazywało by to na to, że białko, pochodzące z rozpadu tkanki płucnej, przechodzi do moczu.

Leoper określa zawartość histaminy i tyraminy w plwocinie, ropie płucnej i krwi chorych, i ciałom tym przypisuje wpływ na zachowanie się nerwów naczynioruchowych płuc. Roubier omawiając rokowanie w przypadkach ropnia płuc stwierdza, że w przypadkach wcześnie rozpoznanych i leczonych, leczenie zachowawcze daje bardzo duże prawdopodobieństwo powrotu do zdrowia. Przypadki natomiast leczone chirurgicznie dają bardzo dużą śmiertelność, gdyż zwykle zabieg wykonywa się bardzo późno.

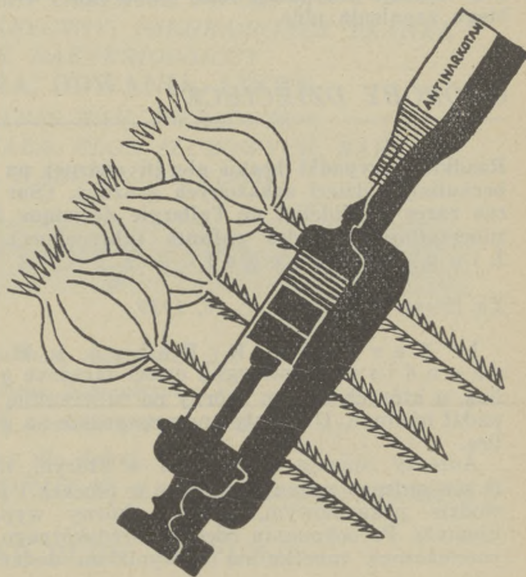
Rist i Vallery-Radot donoszą o przypadku pylicy krzemowej, w której złogi miały kształt drobnych guzków. W przypadku tym jako powikłanie wystąpiła odma samorodna i niewydolność krążenia. Z wyniku badań sekcyjnych wnioskować można, że guzki, stwierdzane chirurgicznie dają bardzo dużą śmiertelność, pyliczo-gruźliczego, — badań w kierunku gruźlicy płuc w przypadku tym za życia nie wykonano. Nicaud twierdzi, że podkreślanie czynnika urazu mechanicznego dla wytłumacze-

nia szkodliwości pylicy krzemowej, jest przesadzone. Możliwe, że pylica krzemowa działa szkodliwie na skutek zmian chemicznych, jakie w pyłkach krzemowych zachodzą. Cząsteczki krzemowe powodują często powstanie gruźlicy płuc; może to być wynikiem działania miejscowego lub humoralnego krzemu. Zagadnieniu pylicy i stosunkowi jej do gruźlicy poświęcona jest obszerna monografia Croizier, Martin i Policard.

Ameuille omawia sprawę niedrożności naczyń płucnych. Powstać ona może na skutek sprawy zakrzepowej lub też zastoju. Proces zakrzepowy może się umiejscowić w naczyniu każdej wielkości i często nie wywołuje żadnych objawów klinicznych. Przypisać to należy sprawnemu wytworzeniu się krążenia obocznego, przez połączenie obiegu płucnego i oskrzelowego przy pomocy naczyń przebiegających pod błoną śluzową oskrzeli. Autor ten, wraz ze swymi współpracownikami, przeprowadzał badania sekcyjne na zwłokach ludzi zmarłych z powodu zatoru naczyń płucnych. Miejsce zatoru wyszukiwał on przez nastrzykiwanie do naczyń płucnych roztworu barwionej żelatyny. Miejsce jej zatrzymania się zwykle odpowiadało miejscu, gdzie powstał zator. W niektórych przypadkach korek zatorowy był tak mały, że napewno istnieją przypadki, w których rozpoznanie kliniczne zatoru płucnego jest słuszne mimo ujemnego wyniku poszukiwań anatomopatologicznych. W jednym ze zbadanych przypadków zator zatykał całkowicie prawą gałąź tętnicy płucnej, a pomimo to klinicznie nie było poprzednio żadnych objawów wskazujących na jego powstanie. Chory był gruźlikiem dotkniętym zapaleniem kilku żył. Ameuille jest zdecydowanym przeciwnikiem chirurgicznego usuwania zatoru.

Ostry obrzęk płuc pojawia się często w przebiegu gośćca stawowego. Przypadki te podzielić należy na dwie grupy: do pierwszej należą chorzy, u których obrzęk płuc jest następstwem niewydolności krążenia, spowodowanej wadą serca pochodzenia gośćcowego, drugą grupę stanowią chorzy, u których obrzęk płuc jest wyrazem ostrego zajęcia płuc przez proces gośćcowy. Obrzęk płuc pojawia się często w przebiegu chorób zakaźnych u dzieci.

Cruciani donosi o przypadku, w którym napady dychawicy oskrzelowej pojawiały się w chwili, gdy chory wychodził na światło słoneczne. Dychawica ta została wyleczona przez zastosowanie diety małobiałkowej oraz wstrzykiwań podsiarczynu magnezu. Carlo Alice, w artykule poświęconym dychawicy oskrzelowej, pisze, że zwykle pierwszy jej napad pojawia się w wieku 26 — 30 lat u mężczyzn, a 30 — 35 u kobiet. Chorobie tej towarzyszą najczęściej inne dolegliwości, jak: zapalenie oskrzeli, nieżyty nosa, zapalenie opłucnej. Oprócz tego częstym objawem towarzyszącym są wysypki skórne i nieżyt jelit śluzowo-błoniasty. U kobiet duży wpływ na przebieg choroby wywiera cykl miesiączkowy. U dzieci jednym z częstszych połączeń jest współistnie-



nie dychawicy oskrzelowej i wyprysku (eczema). Obie te sprawy często przechodzą jedna w drugą. Badania bronchograficzne Riglera wykazały, że w czasie napadu następuje bardzo obfite wydzielanie śluzu w oskrzelach. Czopy jego zatykają światło drobnych oskrzelików, a odruchowo wywołują kurcz sąsiednich.

W leczeniu dychawicy stosują nadal wstrzykiwania chlorku wapnia, dożylne wstrzykiwanie atropiny oraz pyroterapię. Z nowszych metod na uwagę zasługuje wstrzykiwanie witaminy C, której zastosowanie dożylne przerywa często napad. W przypadkach tych dawka kwasu askorbinowego wynosi 200 — 300 mg. Wstrzykiwania te należy powtarzać w ciągu dłuższego czasu, celem zapobiegania następnym napadom.

Zespół Löfflera jest to proces płucny, polegający na tworzeniu się w miąższu płucnym nacieków utworzonych z krwinek białych, kwasochłonnych. Sprawa ta daje objawy radiologiczne nacieczenia ograniczonego, a klinicznie osłabienie szmeru oddechowego i niekiedy rzężenia drobnobańkowe. Jest to prawdopodobnie proces uczuleniowy, łagodny, ustępujący po kilku dniach.

Kamica oskrzelowa należy do spraw rzadkich. Daje ona objawy obecności ciała obcego w oskrzelu z wtórną niedodmą odpowiedniej części płuca. Rozpoznanie jest możliwe tylko na podstawie badania wziernikowego.

W patogenezie raka płuc podkreślają autorzy wyzwalającą rolę różnych czynników szkodliwych, jak pylicy, spraw zapalnych, zaburzeń wydzielania wewnętrznego. Ropień płuca jest często zjawiskiem wtórnym w przebiegu raka płuca i maskuje całkowicie schorzenie pierwotne.

Statystyki chirurgiczne wykazują, że w nielicznych przypadkach stan chorych poprawia się po zabiegach, jednakże ze względu na brak dodatnich wyników wszelkich innych sposobów leczenia, pokusić się można czasami na wykonanie zabiegu z małym prawdopodobieństwem jego skuteczności.

Samorodna odma opłucna pojawia się często w przebiegu schorzeń niegruźliczych płuca. Tak więc mnożą się doniesienia o wypadkach odmy w czasie napadu dychawicy oskrzelowej. Rousseau opisuje przypadek odmy samorodnej w przebiegu zapalenia płuc.

CHOROBY DZIECIĘCE

Rzadkie przypadki braku alergii skórnej na tuberkulinę u dzieci zakażonych gruźlicą. (Sur des cas rares d'infidélité de l'allergie dermique à la tuberculine chez des enfants tuberculeux). C. Lian, M. Marchal.

La Presse Médicale, Nr. 16, 1939.

L. Bernard, R. Debré i Marchandise spostrzegali dzieci zarażone gruźlicą, u których odczyn skórny na tuberkulinę wypadał ujemnie. Umierały one przeważnie na gruźlicę.

Autorzy opisują przypadek, w którym, mimo iż stwierdzono zmiany gruźlicze w płucach i przewodzie pokarmowym, odczyn skórny wypadał ujemnie. Po dokonaniu odczynu śródskórnego $1/_{100}$ rozcieńczoną tuberkuliną z wynikiem dodatnim, poprzednio ujemny odczyn naskórny wypadał również dodatnio. Po kilkomiesięcznym leczeniu w sanatorium, dziecko zostało wypisane i w stanie dobrym wróciło do domu. Po dwóch latach kontrola odczynów tuberkulinowych zaczęła dawać wynik ujemny. Jednakże po następnych 2-ch latach odczyny skórne zachowywały się podobnie jak w początkowym okresie obserwacji (odczyn naskórny ujemny, odczyn śródskórny w rozcieńczeniu $1/_{100}$ dodatni, i powtórny odczyn naskórny dodatni).

W drugim spostrzeganym przez autorów przypadku, dziecko ze zmianami gruźliczymi w płucach, dawało odczyn skórny ujemny, a śródskórny — słabo dodatni. Objaw ten jednak mógł być uzależniony od przejściowej energii ustroju, gdyż po 2-ch miesiącach odczyn skórny wypadł dodatnio.

U trojga innych dzieci (rodzeństwo) przy zmianach w płucach, przy obecności laseczników w plwocinie, otrzymywano odczyny tuberkulinowe ujemne. Dopiero w miarę rozwoju sprawy chorobowej, po 8-miu miesiącach od chwili rozpoczęcia spostrzegania, stwierdzono dodatni odczyn śródskórny, podczas gdy odczyn naskórny nadal pozostawał ujemny. W przytoczonych ostatnio przypadkach brak odczynów tuberkulinowych nie należy tłumaczyć anergią przejściową, gdyż stan ogólny dzieci nie pozwalał na takie przypuszczenie. Można by jedynie sądzić, iż przyczyną tego objawu są pewne odrębne właściwości zarazka, albo specjalne, rodzinne cechy chorych.

O pierwotnym gruźliczym owrzodzeniu skóry u dzieci. (Sur le chancre tuberculeux initial de la peau chez l'enfant). Robert Debré, Julien Marie, A. Malinsky.

Revue Française de Pédiatrie, Nr. 1, 1938.

Pierwotne zakażenie gruźlicą może występować pod postacią owrzodzenia na skórze. Jest ono jednak, w przeciwieństwie do pierwotnego ogniska w płucach, ogromną rzadkością.

Zakażenie pierwotne skóry przez zarazki gruźlicze powoduje następujące zmiany:

a) Objaw pierwotny w postaci małego guzka z czasem wrzodziejącego. Dno owrzodzenia ma wygląd ziarnisty, co jest spowodowane jego budową — (guzki prosowate i mieszki).

b) Zajęcie gruczołów chłonnych, leżących w najbliższym sąsiedztwie pierwotnego owrzodzenia skórnego. Zapalenie to może początkowo przebiegać zupełnie bez gorączki. Po pewnym czasie gruczoły ulegają zropieniu dając przetoki. Zajęte gruczoły chłonne zawierają bardzo dużo prątków Kocha.

Zdaniem autorów, rozpoznanie pierwotnego ogniska gruźliczego w skórze opiera się na: 1) charakterze zmian miejscowych, 2) dodatnim odczynie tuberkulinowym, zwłaszcza u młodszych dzieci, 3) braku ogniska pierwotnego w płucach. Rozpoznanie właściwego cierpienia jest utrudnione również i z tego względu, że chorzy najczęściej zgłaszają się do lekarza w późnym okresie choroby, wówczas, gdy zmiany skórne już się cofnęły, a sprawa chorobowa dotyczy wyłącznie gruczołów chłonnych.

Pierwotna gruźlica skóry nie występuje ani w

postaci brodawkowej, ani też wilka, gdyż postacie te powstają dopiero wtórnie.

Owrzodzenie pierwotne leczy się zwykle bardzo prędko, przeważnie samoistnie. Zapalenie zaś gruczołów jest sprawą przewlekłą, trwającą 2 — 3 lata.

Rokowanie w tej jednostce chorobowej jest niepewne u dzieci w wieku do 2-ch lat (niebezpieczeństwo gruźlicy prosówkowej), a dobre u dzieci starszych.

P. Wójciak.

CHIRURGIA.

Gruźlica znacznego odcinka jelita grubego, leczona operacyjnie. (Tuberculose iléo-caeco-colique). B a u r g u e t B o u i l l e.

Revue de Chirurgie, kwiecień 1939.

Zmiany gruźlicze jelit umiejscawiają się u 88% chorych w kątnicy, u 12% — w esicy i prostnicy; okolice zgięć jelita grubego (wątrobowe i śledzionowe) są bardzo rzadko zajęte. W przypadku opisywanym przez autorów, zmiany gruźlicze obejmowały nie tylko kątnicę, ale i całą wstępnicę oraz około ½ poprzecznicy. Cierpienie to objawiło się u 40-letniego chorego nagle silnymi bólami w prawym podbrzuszu o charakterze kolki jelitowej, występującymi kilkakrotnie w ciągu 3 miesięcy. Po upływie tego czasu pojawiły się stolce śluzowe z domieszką krwi; chory wychudł i osłabł. Przy badaniu przedmiotowym stwierdzono na prawym talerzu biodrowym guz wielkości pięści, miernie ruchomy, tkliwy; w płucach stwierdzono niewielkie stare zmiany swoiste. Rozpoznano nowotwór kątnicy i przystąpiono do zabiegu operacyjnego. Po otwarciu brzucha znaleziono w ścianie kątnicy 2 guzy mocno unaczynione z licznymi podbiegnięciami krwawymi, podobny guz znaleziono również w okolicy zgięcia wątrobowego wstępnicy. Przy obmacywaniu ścian wstępnicy i poprzecznicy wykryto jeszcze kilka guzków wielkości od orzecha do ziarnka grochu. Gruczoły krezki jelita twarde, powiększone. Rozpoznano polipy jelita grubego w części zmienione złośliwie. Dwuczasowo dokonano wycięcia około ½ całego jelita grubego. Chory zniósł oba zabiegi dobrze. Badanie histologiczne usuniętego jelita wykazało przerostowe zmiany gruźlicze z otorbionymi ropniami i znacznym przerostem mięśniówki. Podkreślić należy zasadniczy błąd w badaniu przedmiotowym, t. j. brak prześwietlenia promieniami X przewodu pokarmowego, które przed zabiegiem pozwoliłoby ustalić rozpoznanie.

Operacyjne leczenie przerostowych zmian w jelicie grubym, zastosowane we wczesnym okresie choroby, daje na ogół dobre wyniki. Dwuczasowe wykonanie operacji zmniejsza ryzyko ciężkiego zabiegu (w czasie I operacji wykonuje się zespolenie jelita cienkiego ze zdrową częścią jelita grubego).

C h a b r u t na 46 chorych, leczonych operacyjnie, miał około 25% zejść niepomyślnych; należy jednak wziąć pod uwagę, że część tych chorych operował jednoczasowo.

Wypadki spowodowane jazdą na nartach. (Les accidents du ski). B r a i n e, G a u r y.

La Presse Méd., luty 1939.

O b r a ż e n i a k o ń c z y n d o l n y c h.

Są to uszkodzenia najczęstsze i najbardziej charakterystyczne. Mechanizm ich polega na nadmiernym skręceniu podudzia w stosunku do stopy, która jest umocowana i silnie obciążona wiązaniami narty. Stopa skręca się na zewnątrz, kolano — na wewnątrz. Najczęściej więc ulega uszkodzeniu staw skokowy, następnie — kolanowy. Skręcenie w stawie skokowym uszkadza przede wszystkim boczne wiązadła stawu i wywołuje w przeciągu ½ godziny po wypadku silny obrzęk całej okolicy stawu. Skręceniu towarzyszy nieraz odłamanie brzegu przedniego kostki bocznej. Złamania tej kostki występują w jej dolnej części na wysokości ok. 3 cm od brzegu dolnego; linia złamania może być poprzeczna lub skośna — od dołu i przyśrodkowo ku górze i na zewnątrz. Skręcenie stawu kolanowego uszkadza wiązadło przyśrodkowe stawu, które zostaje nadmiernie rozciągnięte, rzadziej — rozerwane. Spostrzega się również rozerwanie wiązadeł krzyżowych i złamanie wewnątrzstawowe górnej nasady piszczeli przy upadku z góry na nogi. Uszkodzenie łąkotek stawu kolanowego, jak również zwichnięcie tego stawu czy rzepki, spotyka się bardzo rzadko, natomiast częściej spostrzegać można pęknięcie ścięgien mięśni okolicy kolana. Złamania kości podudzia są najczęściej złamaniami spiralnymi; dotyczą dolnej części podudzia, przy tym górny odłam kości piszczelowej przemieszcza się przyśrodkowo i ku tyłowi.

Kość strzałkowa pęka powyżej piszczelowej, często w okolicy szyjki. Rzadziej spotykane złamania poprzeczne kości podudzia występują na jednym poziomie w obu kościach i są następstwem nadmiernego zgięcia ku przodowi.

Linia złamania przechodzi tuż powyżej cholewki bucika. Złamanie to wystąpić może przy wypadku w jeździe w pozycji „kucznej". U dzieci często występują złamania podokostnowe kości piszczelowej. Otwarte złamania kości podudzia u narciarzy widuje się rzadko i są one raczej powikłaniem wtórnym złamania zamkniętego na skutek nieudolnej pierwszej pomocy lub przy przewozie chorego. Obecnie, dzięki sanitarnemu przeszkoleniu przewodników, powikłania te spotyka się coraz rzadziej. Złamania kości udowej są znacznie rzadsze od złamań podudzia. Są one następstwem bezpośredniego urazu przy upadku (np. na drzewo, kamień itp.). Złamania te są wieloodłamowe (najmniej 3). Jeszcze rzadsze są złamania szyi kości udowej; natomiast spostrzegane są przypadki złamań krętarza.

Również rzadkie, choć możliwe, są skręcenia w stawie biodrowym z głębokimi krwiakami tej okolicy.

O b r a ż e n i a k o ń c z y n g ó r n y c h.

Najczęstsze są tu klasyczne zwichnięcia przednio-wewnętrzne w stawie barkowym. Narażeni na to zwichnięcie są narciarze, trenujący na miękkim śniegu. Występuje ono przy upadku wprzód lub na bok z ramionami odwiedzionymi. Uszkodzenie to jest tak częste, że u jednego narciarza może wystąpić kilkakrotnie (obserwowano 7- i 8-krotne zwichnięcia nastawiane przez samą ofiarę wypadku). Zwichnięciu w barku towarzyszy nieraz oderwanie guzka większego kości ramieniowej (przy upadku na śnieg zlodowaciały). Autorzy skandynawscy opisują występujące u narciarzy częste obrażenia mięśni dwugłowych ramienia. Uszkodzenia ręki wywołane są najczęściej przy upadku uderzeniem przez przymocowany do ręki kijek do nart. Powoduje ono bądź skręcenie kciuka w stawie śródręczno-palcowym, bądź złamanie kości śródręcza. Uszkodzenia garstka i przedramienia są względnie rzadkie i powstają przy upadku na śnieg twardy i zlodowaciały. Są to najczęściej typowe złamania kości promieniowej lub zwichnięcie w stawie łokciowym. Bezpośrednie uderzenie w łokieć o występ skalny, lód, czy drzewo, wywołać mogą liczne złamania kości tej okolicy (nadkłykciowe ramienia, odłamanie kłykci, złamanie główki kości promieniowej, wyrostka łokciowego). Kość ramieniowa ulega złamaniu w części obwodowej — przez uderzenie bezpośrednie o przeszkodę lub uderzenie kijkiem przechodzącym pod pachą. Złamanie okolicy szyjki należy do rzadkości.

O b r a ż e n i a i n n e.

R a n y odniesione w górach wysokich, na czystym śniegu, uważać można za aseptyczne. Narciarz zjeżdżający w pozycji mocno podanej ku przodowi, narażony jest na rany i stłuczenia twarzy. Specjalny rodzaj uszkodzeń narciarskich stanowią uszkodzenia o c z u, doprowadzające niekiedy do utraty oka (wybicie kijkiem). Przeciwwskazane jest noszenie szkieł w czasie jazdy, zarówno korygujących ostrość wzroku jak i odblaskowych. Stłuczenia g ł o w y mogą wywołać wstrząs mózgu; złamania podstawy czaszki są rzadko spostrzegane.

Uszkodzenia k r ę g o s ł u p a dotyczą najczęściej części szyjnej. Skręcenia i rozerwanie wiązadeł i ścięgien są na szczęście znacznie częstsze niż złamania kręgów. Złamanie kości ogonowej spotyka się rzadko i raczej u początkujących (2 na 136 obserwacji).

Poszarpanie o k o l i c y k r o c z a zdarza się więcej u kobiet, może być powikłane pęknięciem cewki, rozdarciem prostnicy, pęcherza moczowego i złamaniem kości miednicy.

Urazy k l a t k i p i e r s i o w e j powodować mogą złamania żeber, spostrzegane są przy tym nieraz objawy wstrząsu.

Wreszcie przy silnych stłuczeniach ogólnych, upadku z wysokości, występować mogą pęknięcia narządów wewnętrznych — przypadki bardzo ciężkie, często śmiertelne, wymagające natychmiastowej operacji.

Poza schorzeniami urazowymi, spostrzega się u narciarzy często porażenia słoneczne lub przeziębienia.

L e c z e n i e o b r a ż e ń u n a r c i a r z y nie odbiega od metod zwykłego postępowania w tych przypadkach. Żeby ułatwić przewóz chorego i uzyskać natychmiastową poprawę stanu miejscowego, w przypadkach złamań wśródstawowych lub skręcenia stawu, nastrzykuje się bezpośrednio po wypadku (na miejscu) okolicę stawu — nowokainą.

Na zakończenie autorzy podają rysunek improwizowanych z nart sań do przewozu rannego — pomysłu kapitana P o u r c h i e r'a (używanych obecnie przez wojska francuskie).

J. Czyżewska.

GINEKOLOGIA.

Kilka pewników w sprawie leczenia niepłodności w małżeństwie. (Quelques vérités dans le traitement de la stérilité conjugale). L. D e v r a i g n e.

Paris méd., 1938, II, str. 369.

Artykuł o typie wykładu klinicznego podnosi w schematycznym porządku zasady rozpoznawania i leczenia niepłodności w małżeństwie.

A więc badanie męża powinno nie tylko polegać na zbadaniu spermy, ale na jej posiewie. Nie wolno również zapomnieć o jak najdokładniejszej anamnezie tak co do chorób rodzinnych, jak co do życia przedmałżeńskiego.

Zaburzenia hormonalne są stosunkowo częste i powinny one być jak najstaranniej leczone, podobnie zresztą jak niedobór witamin i zaburzenia w ich przemianie.

Próby wpływu na płeć płodu polegają na stosowaniu wód alkalicznych (Vichy) tak do wewnątrz, jak zewnętrznie, aby uzyskać męską płeć potomka. Okres największej płodności w środku cyklu miesiączkowego należy również brać pod uwagę.

Drożność jajowodów należy sprawdzać przede wszystkim za pomocą przedmuchiwania, które jest bezpieczniejsze od salpingografii, a daje wyniki równie dobre.

Nie wolno jednak zapominać i o prostych metodach rozszerzania szyjki macicy, a również zwracać należy uwagę na położenie macicy.

Leczenie hormonalne, częściowo pod kontrolą badań kymograficznych wg. B o n n e t'a (słuszniej R u b i n a — przyp. referenta) w czasie przedmuchiwania jajowodów — winno odpowiadać przyjętym obecnie zasadom.

Leczenie fizykalne w najrozmaitszych jego postaciach nie straciło bynajmniej na swej wartości, choć przede wszystkim działa na czynność wegetatywną narządu rodnego oraz leczy zaburzenia ogólne, jak otyłość i zaparcie.

W przypadkach, gdzie leczenie nie rokuje widoków powodzenia, nie należy jednak odbierać nadziei chorym a raczej dodawać im otuchy, że jednak kiedyś przyjdzie do zapłodnienia.

Przelewanie krwi w uogólnionych zakażeniach połogowych. (La transfusion sanguine dans les infections puerpérales généralisées). K e l l e r R. i J. L i m p a c h.

Bull. Gynécol. Obstétr., T. 28, Nr. 2, luty 1939 r.

Przelewanie krwi w leczeniu ogólnych zakażeń połogowych zyskało sobie prawo obywatelstwa, jakkolwiek działanie jego nie jest zawsze pewne, a mechanizm działania pozostaje bliżej niewyjaśniony. Prawdopodobnie wchodzi tu w grę pobudzenie układu siateczkowo-śródbłonkowego, co z kolei wzmaga siły obronne ustroju; poza tym przelana krew wnosi własne przeciwciała, a surowica działa bakteriobójczo; wreszcie cholesterol wlanej krwi zobojętnia jady bakteryjne.

Wynik leczniczy może polegać na wyleczeniu ostatecznym, niekiedy — tylko na poprawie; w każdym razie w ciężkim przypadku powinno się

omawianego środka leczniczego spróbować koniecznie.

Z 21 przypadków w 7 nastąpiło zejście śmiertelne, w 7 — wyraźna bezpośrednia poprawa, w 7 zaś działanie przelewania było raczej prawdopodobne, i można go było uważać jedynie za czynnik sprzyjający wyzdrowieniu.

Wpływ roślinnego układu nerwowego na kurczliwość macicy; zagadnienie unerwienia macicy. (L'action du systéme nerveux végétatif sur la contractilité de l'utérus: le problème de l'innervation utérine). R. Mahon.

Gynécol. Obstétr., T. 39, Nr. 3, marzec 1939 r.

Niewątpliwe stwierdzenie anatomiczne, jakie nerwy zaopatrują macicę, nie leży w możliwościach nauki na obecnym poziomie. Przypuszczamy, że wchodzi tu w grę układ mózgowo-rdzeniowy, ale obok niego działa tu układ współczulny, a niewątpliwie także — unerwienie automatyczne w ścianie macicy ma wielkie znaczenie w zagadnieniu kurczliwości macicy.

Wobec niewystarczających wiadomości z anatomii, oddawna próbowano rozstrzygnąć interesującą autora sprawę na drodze badań farmako-dynamicznych. Tę też drogę wybrał autor stosując cztery zasadnicze leki, znane w farmakologii, jako typowo działające na poszczególne części układu roślinnego: układ współczulny (sympatyczny) i błędny (parasympatyczny), inaczej orto- i parasympatyczny.

Adrenalina działa na mięsień macicy izolowany w kierunku wywołania energicznych skurczów, o charakterze tężcowym.

Natomiast wstrzyknięta do mięśnia macicy (in vivo) wywołuje skurcz dookoła miejsca wstrzyknięcia.

Inaczej jeszcze działa adrenalina na macicę, jeśli podać ją w iniekcji podskórnej, jak to czynił autor w dawce ½ do 1 miligrama.

W tej dawce adrenalina w stosunku do układu współczulnego ma działanie wyraźnie pobudzające, natomiast w badaniach hysterotomograficznych nie wywołała ona ani częstszych ani silniejszych skurczów. Nie działa ona zatem na skurcze macicy (contractilité), może jednak wywołać podniesienie napięcia (tonus) macicy, zwłaszcza lokalnie.

[Autor pragnie zasugerować czytelnika przypuszczeniem, że układ współczulny (ortosympatyczny) nie działa na skurcze macicy, jedynie, być może, na jej napięcie (w pauzie) — przyp. refer.].

Winian ergotaminy (gynergen Sandoz) ma, zdaniem Rothlina, wybiórczo hamować układ współczulny, czyli jest antagonistą adrenaliny.

Dawki wypróbowywane przez autora wynosiły ½ do 1 miligr. i wywoływały wzmożenie kurczliwości macicy, w sensie częstszych i silniejszych skurczów, natomiast nie podnosiły napięcia (tonus) macicy.

[Z powyższego zdaje się wypływać wniosek autora, że układ współczulny (porażony w doświadczeniu przez gynergen) nie może wywoływać skurczów macicy, skoro właśnie tu te skurcze najoczywiściej występują — przyp. refer.].

Pilokarpina w dawce 1 centygrama wywołała w doświadczeniu autora, w 3 przypadkach na 5, wyraźne wzmożenie kurczliwości macicy (ilości i jakości skurczów) — bez działania na jej tonus. Pilokarpina, jak wiadomo, jest lekiem wybitnie pobudzającym układ błędny (parasympatyczny).

[Z powyższego nasuwa się wniosek sugerowany przez autora, że układ parasympatyczny wywołuje skurcze macicy naprzemienne — przyp. refer.].

Atropina, znana ogólnie jako lek hamujący układ parasympatyczny, w dawce aż do 4 miligramów wykazała w doświadczeniu autora słabe działanie, zmniejszające kurczliwość macicy.

(Wynik ten potwierdza przypuszczenie poprzednio wygłoszane w związku z pilokarpiną — że układ parasympatyczny wzmaga kurczliwość macicy — przyp. refer.).

W omówieniu swych wyników autor przede wszystkim zastrzega się przed wyciąganiem daleko-idących wniosków, a to głównie ze względu na małą liczbę doświadczeń oraz na możliwość błędu, wynikającego z nieodpowiednio dobranej dawki. Wiadomo bowiem, że leki działające na układy sympatyczny i parasympatyczny czasem mają wpływ wprost odwrotny, zależnie od dawki.

Jeśli jednak zebrać przedstawione wyżej spostrzeżenia oraz dodać do nich dawniejsze obserwacje autora poczynione w przypadkach, gdzie stosowano znieczulenie lędźwiowe, to można by wydedukować następujący schemat:

przemiana unerwienia rdzeniowego (znieczulenie lędźwiowe) znosi skurcze trzonu macicy, podnosząc jednocześnie jej (tonus) napięcie;

pobudzenie układu współczulnego (adrenalina) wzmaga tonus macicy, natomiast jego porażenie — wzmaga kurczliwość macicy (winian ergotaminy);

pobudzenie układu parasympatycznego (błędnego) — za pomocą pilokarpiny — wywołuje wzmożenie kurczliwości (skurczów naprzemiennych); porażenie tego układu nerwowego (atropina) — osłabienie kurczliwości.

Ujęcie powyższe nie zgadza się przede wszystkim z ogólnie rozpowszechnionym poglądem, jakoby układ współczulny był układem wybiórczo pobudzającym do skurczu macicę obok organów miednicy małej: pęcherza i prostnicy.

Autor widzi jednak możność pogodzenia tych dwu, zdawałoby się sprzecznych poglądów, przypuszczając, że układ współczulny wzmaga napięcie (nie kurcze naprzemienne) i to we wszystkich 3 narządach miednicy małej; natomiast układ parasympatyczny powoduje wzmocnienie skurczów, które w nadmiernej częstości doprowadzić mogą do tężca mięśniówki, co praktycznie daje również stan niby wzmożonego napięcia.

Reasumując, hipotezy autora dadzą się ująć następująco:

układ mózgowo - rdzeniowy kontroluje naprzemienne skurcze macicy: hamuje on napięcie macicy (w trzonie) a dodatnio wpływa na napięcie szyjki;

układ parasympatyczny jest nerwem dodatkowym, pobudzającym kurczliwość (skurcze) macicy;

układ sympatyczny wzmaga napięcie (tonus) trzonu macicy.

T. Zawodziński.

ORTOPEDIA.

Złamania chrząstek żeber. (Fractures des cartilages costaux). Decoulx.

Revue d'Orthop. T. 26, Nr. 2, 1939.

Na marginesie spostrzeganego przypadku podaje autor, że złamania chrząstek żebrowych należą do zmian dość rzadkich. Dotel zebrał z piśmiennictwa zaledwie 66 tego rodzaju przypadków. W 29 przypadkach złamanie dotyczyło jednej chrząstki, w 25 przypadkach — złamane były 2 chrząstki, w 12 przypadkach — trzy albo więcej chrząstek. Rozpoznawanie bywa często błędne, ponieważ złamania chrząstek przyjmowane zostają za złamania żeber albo za zwichnięcia w miejscu połączenia chrząstki z żebrem. Odłamy złamanej chrząstki łączą się blizną kostną, rzadziej chrząstkową, niekiedy jedynie zbitą tkanką włóknistą; staw rzekomy wytwarza się wyjątkowo rzadko. Leczenie zachowawcze; tylko wyjątkowo bywa wskazane połączenie odłamów szwem albo ich usunięcie w razie, gdy powodują one większe zniekształcenie albo bóle.

Wyniki leczenia krwawego i niekrwawego w przypadku złamania szyjki obu kości udowych (Résultats du traitement sanglant et non sanglant dans un cas de fracture bilatérale du col fémoral). Mancini.

Revue d'Orthop. T. 26, Nr. 2, 1939.

Spostrzegany przez autora przypadek stanowi ciekawy przyczynek do sprawy porównawczej wartości leczenia operacyjnego i zachowawczego złamań szyjki kości udowej. W omawianym przypadku, dotyczącym chorego w wieku lat 70, zastosowano leczenie zachowawcze. Wynik był niepomyślny: powstał staw rzekomy i kalectwo. W 8 lat później ten sam chory doznał złamania szyjki kości udowej po stronie drugiej. Zastosowano operacyjne zespolenie odłamów i uzyskano doskonały wynik zarówno pod względem anatomicznym, jak czynnościowym. Dodać należy, że złamania zarówno po jednej jak po drugiej stronie, miały cechy identyczne.

Uszkodzenia nerwów, towarzyszące świeżym zamkniętym złamaniom dolnego końca kości ramieniowej. (Les lésions nerveuses dans les fractures fermées récentes de l'extremité inférieure de l'humerus). E. Sorrel et Sorrel-Dejerine.

Revue d'Orthop. T. 25, Nr. 6, 1938.

Autorzy w ciągu ostatnich 7 lat spostrzegali 252 przypadki świeżo powstałego zamkniętego złamania dolnego końca kości ramieniowej; w 21 przypadkach zmianom kostnym towarzyszyło porażenie tych lub innych nerwów przedramienia. Porażenie nerwu łokciowego spostrzegano 12 razy, nerwu promieniowego — 4 razy, nerwu pośrodkowego — 4 razy; w jednym wreszcie przypadku wystąpiło jednoczesne porażenie 2 nerwów: pośrodkowego i łokciowego. Złamania dolnego końca kości ramieniowej, powikłane wymienionymi wyżej uszkodzeniami nerwów, należały do 3 typowych postaci. Były to mianowicie: 1) złamania poprzeczne nadkłykciowe (207 przyp.), 2) złamania bloczka (23 przyp.) oraz 3) złamania kłykcia bocznego (22 przyp.).

W grupie złamań pierwszego typu (poprzecznych nadkłykciowych) uszkodzenie nerwów spostrzegano w 15 przypadkach. W 7 przypadkach chodziło o porażenie nerwu łokciowego, w 4 przypadkach porażony był nerw pośrodkowy, w 4 przypadkach pozostałych — nerw promieniowy. Wszystkie przypadki porażenia nerwu łokciowego wystąpiły tam, gdzie chodziło o złamania powstałe na skutek nadmiernego zgięcia (par flexion), tj., gdzie odłam obwodowy przesuwał się przed nasadę kości; porażenia nerwów promieniowego i pośrodkowego towarzyszyły natomiast złamaniom powstałym na skutek nadmiernego wyprostowania kończyny (par extension), gdzie odłam obwodowy przesuwa się za nasadę kości ramiennej .Wobec tego, że liczba przypadków złamań fleksyjnych wynosiła 23, trzeba przyznać, że grożą one w bardzo wysokim stopniu całości nerwu łokciowego, którego porażenie w materiale autorów wystąpiło w 30% przypadków (7 przyp.) tego typu złamania.

Autorzy spostrzegali, że porażeniom nerwu pośrodkowego w przypadkach złamań poprzecznych nadkłykciowych, towarzyszyły z reguły objawy ucisku na pęczek naczyniowo-nerwowy, co wyrażało się zanikiem tętna oraz ochłodzeniem, sinicą i obrzękiem dłoni i przedramienia, — objawami nasuwającymi obawę wystąpienia choroby Volkmanna. Uwolnienie pęczka naczyniowo-nerwowego od ucisku (3 razy na drodze zabiegu krwawego, 1 raz za pomocą silnego wyciągu odłamów z zastosowaniem drutu Kirschnera) usunęło powyższe niepokojące objawy, a po pewnym czasie również i porażenie nerwu.

O ile porażenie nerwu pośrodkowego wymaga bardzo wczesnego uwolnienia nerwu od ucisku ze względu na niebezpieczeństwo choroby Volkmanna, to w przypadkach porażenia nerwów łokciowego i promieniowego wczesne wkroczenie operacyjne nie bywa wskazane. Prawidłowe nastawienie złamania metodami zachowawczymi, ewentualnie z zastosowaniem wyciągu drutowego, często wystarcza do usunięcia objawów porażenia.

Operacja wydaje się konieczną dopiero wtedy, kiedy po upływie 10 — 15 dni od nastawienia odłamów, nie spostrzega się poprawy w stanie nerwów, i oczywiście zawsze tam, gdzie nastawienia odłamów nie udaje się wykonać metodą niekrwawą. Operacja na nerwie łokciowym polega najczęściej na jego uwolnieniu od ucisku; nerw promieniowy nieraz okazuje się rozerwany i wymaga zeszycia według ogólnych zasad szwu nerwowego.

W 23 przypadkach złamań drugiej grupy, tj. złamań bloczka, porażenie nerwu spostrzegano 4 razy; chodziło wszędzie o porażenie nerwu łokciowego. W 3 przypadkach porażenie towarzyszyło złamaniom, połączonym ze zwichnięciem w stawie łokciowym, w 1 przypadku chodziło o złamanie zwykłe. Wszystkie przypadki porażeń tej grupy były leczone za pomocą operacji wczesnej, która jedynie może zapewnić zupełnie dobry wynik.

Wreszcie w III grupie złamań, obejmującej 22 przypadki złamania kłykcia bocznego, spostrzegano w 1 przypadku porażenie nerwu łokciowego. Porażenie tego nerwu — dość niezwykłe w omawianym rodzaju złamań — tłumaczy się w danym przypadku znacznym przemieszczeniem do boku kości przedramienia. Autorzy zastosowali leczenie operacyjne z wynikiem bardzo dobrym.

Ostrowski.

OTOLARYNGOLOGIA

Przetaczanie krwi, a zabiegi chirurgiczne. (La transfusion sanguine et les interventions chirurgicales). G. C a n u y t.

Revue de laryngologie, otologie, rhinologie, 1938, Nr. 9.

Podstawę nauki o przetaczaniu krwi stanowią prace: 1) H a y e m a (1880 — 82), który stwierdził, że przetaczanie jest w stanie uratować zwierzęta wykrwawione, nie oddziaływujące już skutecznie na przelew soli fizjologicznej, 2) H e d o n a, który wskazał na znaczenie cytrynianu sodu dla zapobieżenia krzepnięciu krwi i 3) J e a n b r a u, który to ostatnie spostrzeżenie zużytkował praktycznie. W pierwszej części pracy zajmuje się autor istotą groźnych zaburzeń, występujących u chorych przed, podczas i po operacji, w związku z czym omawia w trzeciej części w podobny sposób wskazania do przetaczania krwi; między te części wtrąca ustęp drugi, omawiający istotę działania transfuzji, by zakończyć wypowiedzeniem wniosków. Każdy zabieg chirurgiczny może powodować u operowanego powikłania pod postacią krwawienia, zakażenia, spadku ciśnienia i wstrząsu pooperacyjnego, względnie t. zw. choroby pooperacyjnej.

Pojęcie „choroby pooperacyjnej" stworzył L é r i c h e wraz z F o n t a i n e m i M i l o j e w i t z e m, opierając się na doświadczeniach D e l r e z a i A l b e r t a, jako też na spostrzeżeniach E p p i n g e r a i H u s t i n a. Podczas gdy dotychczas zwykło się niekorzystne następstwa operacji przypisywać głównie przyczynom natury chemicznej lub technicznej, L é r i c h e podkreśla znaczenie zaburzeń ciśnienia i naczyniowo - ruchowych, których najwyższe stopnie wyrażają się w klasycznym wstrząsie (szoku) pooperacyjnym. Zabieg jest urazem, a chorobę L é r i c h e'a można by też nazwać „chorobą pourazową". Istota choroby pooperacyjnej wyraża się w początkowym skurczu i następowym rozkurczu naczyń, a jej mechanizm przebiega drogę od narządów dotkniętych bezpośrednio urazem (operacją) i odsłoniętych tam zakończeń nerwowych, po przez rdzeń do układu neurowegetatywnego.

W części drugiej autor omawia dokładniej istotę działania przetaczania krwi. Jest ona po części mechaniczna, polegająca na doprowadzeniu pewnej masy płynu (dotyczy to głównie przypadków skrwawień), po części fizjo-patologiczna — doprowadzenie zarówno ciałek czerwonych i białych jak też przeciwzakaźnych czynników serologicznych. Pośrednio działa przetaczanie także na czynniki naczyniowo-ruchowe.

Autor dochodzi do następujących wniosków. Każdy zabieg chirurgiczny może sprowadzić powikłania takie, jak krwotok, zakażenie, spadek ciśnienia, wstrząs i chorobę pooperacyjną. Przetaczanie krwi jest najwalniejszym środkiem przeciw tym powikłaniom, w szczególności, przeciw skrwawieniu. Poszczególne wpływy przetaczania uzupełniają się, zastępują i wzmacniają nawzajem. W szczególności podkreśla tu autor wpływ na restytucję samoobrony organizmu i powrót osocza do równowagi chemicznej, na zobojętnienie szkodliwych ciał uwolnionych podczas zabiegu i uzupełnienie substancyj, których deficyt spo-

wodowała operacja, wreszcie na powrót układu nerwowego do równowagi. Co do tego ostatniego punktu, to transfuzja ma szczególnie wielkie znaczenie zapobiegawcze.

W stosowaniu przetaczania wyróżnia autor trzy okresy: 1) przed, 2) podczas i 3) po operacji.

Przed operacją przetaczanie jest szczególnie wskazane przy skłonności do krwawień, w cierpieniach zakaźnych i przy skłonności do zaburzeń równowagi naczyniowo - ruchowej. Podczas operacji główne wskazania stanowią skrwawienia i spadek ciśnienia. Tu współdziałać mogą: wprowadzenie ciał izo- i hypertonicznych, jak też adrenaliny. Główne wskazania dla transfuzji po operacji stanowią: skrwawienia, choroba pooperacyjna i jej najsilniejszy objaw — wstrząs pooperacyjny, wreszcie pooperacyjne stany zakażenia. W wypadku skrwawienia transfuzja jest niezastąpionym czynnikiem ratującym. W wypadku choroby pooperacyjnej szczególnie korzystne są serie małych transfuzji, przy czym odgrywają rolę także czynniki fizyko-chemiczne. Przy wstrząsie istotnym czynnikiem współdziałającym jest adrenalina. Zapatrywania na działanie przetaczania krwi w przypadkach zakażeń pooperacyjnych są podzielone. W każdym razie nie należy lekceważyć wszelkich innych środków, zdatnych do współdziałania leczniczego.

O zatrzymanych kłach szczęki górnej i pochodzących stąd powikłaniach. (L'inclusion des canines supérieures et ses complications). P. Dufrèche.

j. w., Nr. 10.

W przypadku nie przebicia się na zewnątrz poszczególnych zębów, kły szczęki górnej zajmują co do częstości drugie miejsce po zębach trzonowych szczęki dolnej. W rozpoznaniu pierwsze miejsce zajmuje zdjęcie rentgenologiczne. Powikłania bywają natury mechanicznej, zakaźnej, nerwowej. Rzadziej pojawiają się powikłania oczne, wreszcie niekiedy należy różniczkować z objawami guza. Co do leczenia, to w wieku młodym wchodzi w rachubę metoda ortodontyczna, w późniejszym tylko chirurgiczna.

Znaczenie zdjęcia według Mayera w rentgenologicznym badaniu ucha osesków. (L'incidence de Mayer dans l'exploration radiologique de l'oreille du nourrisson). P. Betoullières.

j. w., 1938, Nr. 1.

Sekcje anatomo - patologiczne już od dawna wykazały niezwykłą częstość ropnych spraw ucha środkowego i kości skalistej u zmarłych osesków. W $^4/_5$ przypadków zmiany były obustronne. Zarówno klinika jak i anatomia patologiczna wykazują wielką częstość równoczesnej obecności zaburzeń jelitowych. (W piśmiennictwie polskim opisali tę koincydencję nader szczegółowo Karbowski i Brokman, jako zespół usznojelitowy w r. 1935 — refer.).

Zdania, co do znaczenia odnośnych zmian usznych dla zejścia śmiertelnego, są podzielone. Gdy jedni uważają je jako częste umiejscowienie w ramach ogólnego zespołu zakaźnego, inni, jak Ribadeau-Dumas (a u nas również Karbowski — refer.), przywiązują do cierpienia usznego duże znaczenie, jako do przyczyny śmierci. Jest faktem stwierdzonym, że obraz zmian ogólnych zasłania często zmiany uszne, i że mimo ujemnego wyniku otoskopii, a nawet paracentezy, sekcja wykazuje ciężkie zmiany i antrum pełne ropy. Z tego powodu szereg autorów domaga się przy podejrzeniu zmian usznych, nawet antrotomii rozpoznawczej („comme un moyen de diagnostic complémentaire"). Otóż autor przywiązuje tu dużą wagę do uprzedniego zdjęcia kości i to przede wszystkim według Mayera. Tutaj bowiem nader pięknie występuje u oseska obraz antrum i zmian tak w nim jak i w nielicznych jeszcze sąsiednich przestrzeniach pneumatycznych. Aparaty rentgenologiczne muszą umożliwić zdjęcie w $^1/_{50}$ sekundy; wskazane jest mimo to wykonanie zdjęcia w zamroczeniu. Natomiast mniejsze znaczenie dla rozpoznania mają u osesków zdjęcia według Stenversa i Schüllera, które autor uważa tu jako zbyteczne. Autor wzmacnia swe dowodzenia umieszczonymi w pracy szkicami i rentgenofotogramami.

O obustronnych porażeniach nerwu powrotnego. (Les paralysies recurrentielles doubles). L. Flottes.

j. w.

Wstęp tej obszernej pracy (70 stron druku) stanowi nader interesujący szkic historyczny tego zawiłego zagadnienia, w którym „krzyżuje się z dziesięć teoryj, a każdy autor zapożycza dowodów od przeciwnika, by zwalczać teorię tego przeciwnika z całą siłą logiki tak, że wreszcie powstaje chaos poglądów, z których każdy jest arcyjasny". Szkic ten obejmuje okres blisko jednego wieku od czasów Claude Bernarda po dzień dzisiejszy. Autor ogranicza się do zgrupowania tych różnych teoryj i do dorzucenia spostrzeżeń zaczerpniętych w klinice Portmana. Autor dochodzi do następujących wniosków:

I. Wedle poglądów klasycznych obustronne porażenia nerwu powrotnego zdarzają się wyjątkowo, a mianowicie jako ostatnia faza uszkodzeń obwodowych (nowotwory szyi, adenopatie, guzy śródpiersia). Porażenia te są wówczas wykładnikiem groźnej ewolucji tych uszkodzeń. Zdaniem autora natomiast porażenia obustronne zdarzają się często i to nawet — jak wynika z podanych w pracy spostrzeżeń — z okazji zmian, umiejscowionych po jednej stronie.

II. Odróżniano (Lermoyez, Ramadier) porażenie rozszerzaczy, jako pochodzenia głównie ośrodkowego od porażenia w obrębie całego nerwu powrotnego, mającego jakoby głównie przyczynę obwodową. Według autora porażenie rozszerzaczy nie jest bynajmniej równoznaczne z piętnem kiły — jak sądzą niektórzy. Autor sądzi — również w oparciu o etiologię i klinikę, — że przypadki opisywane jako porażenia rozszerzaczy nie są niczym innym, jak zespołami Riegla, tj. przypadkami obustronnego porażenia nerwu powrotnego z ułożeniem strun w pozycji addukcyjnej.

III. Truffert i Bernard nie stwierdzili obecności środka rozszerzającego w opuszce, tak, że zagadnienie ośrodków ruchowych

krtani jest nadal otwarte; wobec tego, opierając się na danych klinicznych i na dotychczasowej dyskusji, wysuwa autor następujące pukty widzenia: a) każde unieruchomienie struny głosowej oznacza porażenie nerwu powrotnego (D u f o r m e n t e l); b) każde porażenie obustronne krtani należy uważać — poza grupą bezspornie obwodową — za uwarunkowane etiologią ośrodkową; c) wiadomości nowoczesne, dotyczące zjawisk uszkodzeń skojarzonych (skurcze, porażenia, diaschizy) pozwalają zastąpić pojęcie uszkodzeń anatomo - patologicznych, pojęciem zaburzeń fizjologicznych; d) pod względem klinicznym zwiększa się obowiązek badania odnośnych zmian nie tylko metodą laryngoskopii, lecz także drogą stroboskopii i chronaksji (W o r m s, T a r d i e u).

A. Schwarzbart.

CHOROBY SKÓRY.

Nabłoniak kolczasto - komórkowy, przypuszczalnie wychodzący z gruczołów potnych, szybko rozwijający się w miejscu tocznia gruźliczego, wywołany prawdopodobnie urazem. (Epithélioma spino - cellulaire métatypique, probablement d'origine sudoripare, à développement ultra - rapide sur un lupus tuberculeux, et paraissant avoir été déclanché par un traumatisme). L. m. P a u t r i er, R. A r o n.

Bulletin de la Soc. Fr. de Dermat et de Syphil. 1938, Nr 5.

W opisanym przypadku wiek chorej — 54 lat, podłoże (w wywiadach włókniaki skóry i nabłoniaki na twarzy wyleczone radem) i bardzo szybki wzrost wykwitu, który w ciągu pierwszych 10-ciu miesięcy powiększał się wprawdzie powoli, po skaleczeniu jednak grzebieniem w ciągu kilku tygodni nagle szybko wzrósł do wielkości dużej monety, wskazywały na pierwotny nabłoniak w okolicy małżowiny usznej. Badanie drobnowidowe wycinka wykazało natomiast utkanie typowe dla tocznia, a wśród tkanki gruźliczej ogniska nabłoniaka, którego komórki wskazywały na to, że punktem wyjścia zwyrodnienia złośliwego były gruczoły potowe.

W sprawie leczenia rzeżączki związkami sulfamilowymi. (A propos du traitement de la blennorragie par la sulfanilamide). J. N i c o l a s, J. R o u s s e t.

Bulletin de la Soc. Fr. de Dermat et de Syphil. 1938, Nr 5.

Pięć przypadków rzeżączki u kobiet leczonych Septoplixem (12 dni po 6 pastylek) wyleczono w krótkim czasie, bo w około 10 dni. Równocześnie podawano codziennie na noc do cewki czopek z zawartością 10% protargolu — i wykonywano płukania pochwy 1‰ roztworem nadmanganianu potasu. Kontrolne badania trwały 3 miesiące. Mężczyznom stosowano Septoplix w 42 przypadkach rzeżączki, z tych w 8-miu przypadkach leczenie zawiodło, były to przypadki rzeżączki trwającej mniej niż 15 dni. Wśród wyleczonych było 15 przypadków rzeżączki przewlekłej, 2 przypadki powikłanej i 11 przypadków rzeżączki świeżej. Przeważnie łączono leczenie doustne z miejscowym — w 11 przypadkach uzyskano wyleczenie bez jakiegokolwiek leczenia miejscowego. Z powikłań spostrzegano raz sinicę twarzy i stan podżółtaczkowy, pięć razy bóle głowy, ogólne znużenie i brak apetytu.

Septoplix, w dawkach stosowanych przez autorów, okazał się środkiem bezpiecznym i znacznie skracającym czas leczenia.

Leczenie rzeżączki para - amino - phenyl - sulfamidem. Zestawienie kliniki uniwersyteckiej skórno - wenerycznej. (Traitement de la blennorragie par le p. amino-phényl-sulfamide. Statistique de la clinique dermato-vénéréologique universitaire). M. F a v r e, P. J. M i c h e l, G. C h a n i a l.

Bulletin de la Soc. Fr. de Dermat. et de Syphil. 1938, Nr 5.

Zestawienie obejmuje 70 przypadków rzeżączki, z których w 63% uzyskano dobry wynik. Równoczesne leczenie miejscowe stosowano w bardzo niewielu przypadkach. Wśród przypadków leczonych w szpitalu, odsetek wyników pomyślnych był znacznie większy niż wśród leczonych ambulatoryjnie. Mężczyznom podawano 7 — 8 pastylek przez 8 dni, potem po 6 pastylek przez następnych 8 dni; po 4-ch dniach przerwy, dalej po 4 pastylki przez 8 dni. W jednym tylko przypadku zastosowano równocześnie miejscowe przepłukiwania protargolem. Szybką poprawę spostrzegano zarówno w przypadkach ostrych jak i przewlekłych, a także w przypadku zajęcia gruczołu krokowego i jąder. Jedynie na rzeżączkowe schorzenia stawów Septoplix nie wywierał korzystnego wpływu.

U kobiet na 14 dobrych wyników, było 10 ujemnych. Podawano przez 8 dni po 6 pastylek, potem przez dalszych 8 dni po 6 — 4 pastylek; po 4-dniowej przerwie znowu przez 8 dni po 4 pastylki. Równocześnie stosowano przepłukiwanie pochwy, a w przypadkach, niekorzystnie przebiegającego leczenia, stosowano także przestrzykiwania cewki, czopki i tampony. Na ogół mało skutecznym okazał się lek stosowany, w przypadkach zajęcia gruczołu Bartholiniego. W przypadkach zapalenia jajowodów (4 przyp) już po 5-ciu dniach podawania po 8 pastylek, bóle ustępowały a ciepłota obniżała się.

U dziewczynek otrzymano na 5 przypadków tylko dwa wyniki dobre po 3-tygodniowym leczeniu.

Podczas podawania leku objawy uboczne są bardzo liczne: bóle i zawroty głowy, ogólne wyczerpanie, przejściowe ogłuchnięcie, bóle żołądka; nie są to objawy groźne i nie są wskazaniem do przerwania leczenia, ustępują natychmiast po odstawieniu leku. Z poważniejszych powikłań wymienić należy: sinicę warg i kończyn, występującą w 7 lub 8 dniu leczenia, towarzyszący jej obraz krwi bywa rozmaity; podnoszenie się ciepłoty do 38° o przebiegu nieregularnym; rumienie płonicze uogólniające się. Te objawy zmuszają lekarza do obniżenia dawek .Do powikłań najgroźniejszych, będących wskazaniem do odstawienia leku, należy

dość nagłe obniżenie ilości krwinek (do 2.700.000), któremu towarzyszą silne bóle głowy, ogólne wyczerpanie, ciepłota dochodząca do 40°, wymioty i wyraźne zaburzenia tętna.

W jednym przypadku wystąpiły, nie wymieniane dotychczas w literaturze — biegunka i znaczne bolesne obrzmienie pod obojczykiem, prawdopodobnie wychodzące z gruczołów chłonnych.

Na ogół u chorych leczonych w przychodni, było dobrych wyników 50%; u leczonych na oddziale — odsetek wyleczeń był większy. U kobiet wyniki uzyskane są gorsze niż u mężczyzn. Środek ten jest dobrą bronią w walce z rzeżączką, należy go jednak stosować ostrożnie i szukać leku bardziej skutecznego.

Dane doświadczalne, dotyczące mechanizmu miejscowego odczynu naczynio - ruchowego. (Données expérimentales concernant le mécanisme de la réaction vasomotrice locale). Prof. I. S. Mühlmann, A. D. Krychtall.

Annales de Dermat. et de Syphil. 1939, Nr 1.

Istnieje szereg faktów, sprzyjających przypuszczeniu, że miejscowy odczyn naczyniowo - ruchowy może powstać nie na drodze odruchu nerwowego i, że każde drażnienie skóry wywołuje powstanie w niej takich produktów przemiany materii, które działają na naczynia wprost — bez udziału nerwów.

Dla poparcia tego przypuszczenia autorzy powtórzyli doświadczenia Hoff'a, wykonując ich 500. Surowicę człowieka o ujemnym odczynie Wassermanna, pobieraną przed drażnieniem skóry i w 10 minut potem. Skórę drażniono w ciągu 10 minut mechanicznie, naświetlaniem, faradyzacją, galwanizacją itd. Surowice wstrzykiwano śródskórnie i spostrzegano powstałe po wstrzyknięciu odczyny.

Wnioski, wynikające z pracy, są następujące:

1) surowica pobrana po podrażnieniu skóry, wywołuje wyraźnie silniejsze odczyny,
2) na silny odczyn składa się nie tylko większy rozmiar obrzękowej grudki, lecz także powiększenie otaczającego rumienia,
3) sposób drażnienia skóry nie wpływa na wielkość odczynu,
4) drażnienie skóry wywołuje prawdopodobnie powstanie ciała czynnego, które dostawszy się do krwiobiegu, działa podobnie jak histamina na naczynia włosowate i na małe tętniczki.

Zmiany w mięśniach w przebiegu choroby Besnier-Boeck-Schaumann'a. (Les lésions musculaires de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann) L. M. Pautrier.

Annales de Dermat. et de Syphil. 1939, Nr 2.

Z każdym dniem dowiadujemy się o coraz to innych objawach tego schorzenia, dotyczącego układu siateczkowo - śródbłonkowego, które określa się nazwą choroby Besnier - Boeck - Schaumanna. Logiczną jest rzeczą zastanowić się, czy istnieją i jak wyglądają objawy tej choroby w mięśniach.

Szczegółowy przegląd literatury wykazuje kilka przypadków takich zmian. Sam autor stwierdził niewątpliwe, typowe dla tego cierpienia zmiany w guzie mięśnia dwugłowego i w gruczole chłonnym, które to preparaty otrzymał po ich chirurgicznym usunięciu do zbadania. Chorej, od której preparaty pochodziły, niestety nie udało się odnaleźć. Histologicznie zmiany badanego przez autora mięśnia i gruczołu były typowe; duże skupienia nacieków komórek nabłonkowych i limfocytów zawierały tu i ówdzie komórki olbrzymie; serowacenia nie było. Skupienia nacieków rozmieszczone były wśród sklerotycznego kollagenu, wyraźnie jednak od niego odgraniczone.

Przypadki zmian w mięśniach typowych dla choroby Besnier - Boeck - Schaumanna są nader rzadkie, trafiają przede wszystkim do chirurgów i oni w pierwszym rzędzie powinni na nie zwracać uwagę.

W sprawie patogenezy poarsenobenzolowego zapalenia skóry. Rola wegetatywnego układu nerwowego. Rola witaminy C. (Considérations sur la pathogénie de l'érythrodermie arsénobenzolique. Rôle du système nerveux végétatif. Rôle de la vitamine C, acide ascorbique). I. Daïnow.

Annales de Dermat. et de Syphil. 1939, Nr 2.

Patogeneza poarsenobenzolowego zapalenia skóry jest jeszcze zagadnieniem spornym. Jedni uważają to cierpienie za objaw zatrucia lekiem, inni za objaw nietolerancji, zależny od właściwości podłoża. Spośród czynników, wywierających wpływ na zmianę podłoża, najważniejszym jest wegetatywny układ nerwowy. Obrzęk i zaczerwienienie skóry w przypadkach poarsenobenzolowego jej zapalenia zależą bądź od porażenia układu sympatycznego, bądź od pobudzenia układu parasympatycznego przez podawany lek.

Adrenalina, wywierająca tak korzystny wpływ na przebieg poarsenobenzolowego zapalenia skóry, jest środkiem, działającym w warunkach normalnych pobudzająco na układ sympatyczny, w przypadkach zaś porażenia układu sympatycznego działa ona pobudzająco na układ naczynioruchowy. Jak widać z powyższego, przypuszczenie porażenia układu sympatycznego w przypadkach poarsenobenzolowego zapalenia skóry nie może się utrzymać.

Bardzo korzystny wpływ atropinum sulfaricum na przebieg omawiającego powikłania poarsenobenzolowego, pozwala przypuszczać obecność podrażnienia układu parasympatycznego. Lek ten działa wybitnie hamująco na układ parasympatyczny.

Wielokrotne spostrzeżenia równocześnie wykazały, że w przypadkach tego powikłania podawanie witaminy C znacznie skraca czas trwania cierpienia i jego nasilenia. Widocznie brak w ustroju dostatecznej ilości tej witaminy stwarza warunki, sprzyjające temu powikłaniu. Doświadczenia na zwierzętach wykazują niezbicie farmakodynamiczne właściwości witaminy C; dożylne podawanie tej witaminy (kwas askorbinowy) znosi czynność acetylcholiny, środka pobudzającego układ parasympatyczny; brak witaminy C w ustroju pociąga za sobą obniżenie ilości potasu we krwi, a przecież od równowagi potasu i wapnia we krwi zależy równowaga ukła-

du naczynioruchowego. Kwas askorbinowy jest środkiem regulującym napięcie układu parasympatycznego, brak tej witaminy osłabia równowagę układu .parasympatycznego, na który w tych razach niekorzystnie wpływa arsenobenzol.

Pofigowe zapalenie skóry. (Les dermatites des figues. Recherches des influences cliniques, physiques et allergiques pouvant provoquer la dermatite des figues).

Annales de Dermat, et de Syphil. 1939 Nr. 1 — 2.

Liczne próby skórne, dokonywane w rozmaitych warunkach z sokiem fig zielonych i dojrzałych, pozwalają stwierdzić następujące fakty:

1) Istnieje szereg przypadków pofigowego zapalenia skóry, całkowicie niezależnego od światła.

2) W przypadku doświadczeń, dokonywanych na chorym, cierpiącym na obrzęk Quincke'go, stwierdzono nieswoiste działanie światła, gdyż zarówno promienie X, jak i cieplne wywołały ten sam odczyn.

3) Istnieją przypadki niewątpliwej fotodermatozy na skórze, uprzednio uszkodzonej sokiem fig, lecz patogeneza tych przypadków nie daje się określić.

4) Nasilenie odczynu pofigowego zależy od licznych czynników; od ilości i stężenia antygenu, jak również od uprzedniego traktowania skóry (woda, mydło, soda, alkohol, eter...).

5) Nasilenie odczynu zależy również od alergicznego stanu podłoża.

Jastrzębska.

ELEKTRORENTGENOLOGIA.

Diatermia wątroby (przyczynek do badań nad mechanizmem jej działania) przez **P. C a r n e t, R. C a c h e r a i T. M e l i k-O g a d j a n o f f.**

Klinika Medycyny Wewnętrznej Szpitala „L” Hotel-Dieu.

Od kilku lat zaczęto osiągać we Francji nieraz doskonałe wyniki lecznicze, stosując diatermię w przebiegu marskości wątroby połączonej z puchliną brzuszną. Metodę tę wprowadzili P a g n i e z, P l i c h e t, L e u t s c h i M a r c h a n d na podstawie przypadku ustąpienia puchliny brzusznej pod wpływem diatermii u jednego z chorych dotkniętych marskością wątroby. Ten sam chory badany w dwa lata później przez P a g n i e z'a, nie wykazał ani puchliny brzusznej, ani żadnej niedomogi wątroby i można go było uznać za „klinicznie wyleczonego”. Pewną liczbę podobnych przypadków podają: M a r c h a n d, H u e t i B l a n c s t e i n, D e n i e r, d'O e l s n i t z, P a s c h e t t a, L i e t a r d i H a u t s c h i, D u v o i r, P o l l e t, C o u d e r i B e r b a r d, O l m e r i M i n g a r d e n, B e a u, S t u h l, F o r m i g a l L u z e s.

Powyższe prace pozwalają wysunąć parę zgodnych wniosków. Przede wszystkim trzeba zaznaczyć niepewność osiąganych tą drogą wyników. Zarówno P a g n i e z jak i autorzy niniejszego artykułu stwierdzają, że obok kilku pewnych wyników, zanotowali w swej praktyce i bardzo wiele bezowocnych usiłowań.

Z drugiej strony należy podkreślić, że w przypadkach pomyślnego przebiegu leczenia, polepszenie jest szybkie i niezaprzeczalne, doprowadzające najczęściej do zupełnego zniknięcia puchliny brzusznej. Wszystkie spostrzeżenia wykazują przy tym rzeczywiste znaczenie diatermii — na ich podstawie można uchylić zarzuty, wysuwające możliwość samorzutnie uleczalnych puchlin brzusznych.

Co natomiast pozostało nadal niejasne, to sam sposób działania diatermii. Chodzi tu o zagadnienie fizjopatologii, posiadające o wiele rozleglejsze znaczenie, niż sposoby leczenia poszczególnych przypadków.

Wyjaśnienie sposobu działania diatermii wątroby na puchlinę brzuszną w przypadku marskości wątroby, pozostało dotychczas w sferze przpuszczeń. Paignez, Duvoir i ich współpracownicy przypuszczali „bądź działanie na stwardnienie wąrtoby, bądź zmianę krążenia w wątrobie, bądź wreszcie zmianę warunków zachowania równowagi białek osocza.

Dotąd brak nam danych przedmiotowych, które pozwoliłyby uznać za słuszny raczej ten, a nie inny pogląd. Sprawdzanie działania prądów diatermii na wątrobę przeprowadza się tylko przy pomocy dwóch prób: próby galaktozurii (F r e s c h i L a s c h) i próby, polegającej na badaniu żółci wydobywanej sondą przez dwunastnicę (D i l l e n s e g e r i A u d e u y). Badania te jednak nie pomagają rozwiązać to zagadnienie.

Badania doświadczalne przeprowadzane od dwóch lat przez autorów, mają na celu sprawdzenie, czy diatermia wywiera działanie na czynności tkanki siateczkowo-śródbłonkowej. Jako sprawdzian służy próba z czerwienią C o n g o A d l e r a i R e i m a n n a. Naogół przyjmuje się, że szybkość z jaką ten barwnik organiczny znika z osocza, zależy od czynności komórek histiocytarnych tkanki łącznej. Dzięki tej próbie D i e r y c k przeprowadził szczegółowe badanie doświadczalne nad zdolnością chromochłonną układu siateczkowo-śródbłonkowego i stwierdził, że zdolność ta zmienia się pod wpływem hormonów i różnych czynników farmakodynamicznych. Autorzy chcieli dowiedzieć się, czy prądów wysokiego napięcia nie możnaby zaliczyć do czynników wywierających podobne działanie (zwłaszcza na komórki Kupffera).

Zaczęto od określania normalnego współczynnika zatrzymania czerwieni C o n g o w osoczu u królika w stanie fizjologicznym. Mianując barwik w osoczu w czwartej i sześćdziesiątej minucie od chwili wprowadzenia go drogą dożylną do ustroju, stwierdzono, że w 60-ej minucie zostaje w osoczu 56,2 na 100 ilości początkowej, zmierzonej w 4-ej minucie. Ten to odsetek stanowi „współczynnik zatrzymania” A d l e r a i R e i m a n n a. Współczynnik ten został ustalony jako przeciętna otrzymana na podstawie doświadczeń przeprowadzonych na 25 zwierzętach. Powyższa przeciętna jest stała mimo daleko idących odchyleń indywidualnych. Liczbę więc 56,2 na 100 można uważać za prawidłowy współczynnik zatrzymania dla królików.

W jednej z późniejszych prac badali autorzy,

czy zatrzymanie się czerwieni Congo w osoczu, zmienia się pod wpływem diatermii wątroby (dwadzieścia minut diatermii podczas godziny wyznaczonej na próbę, o natężeniu od 180 do 250 miliamperów). Otóż próba ta wykazała znaczny spadek współczynnika zatrzymania, dochodzący do przeciętnej 21,6 na 100. Znikanie czerwieni Congo z osocza wzrasta więc znacznie pod wpływem diatermii wątroby.

Dla osiągnięcia tego wyniku należy diatermię stosować dokładnie na okolicę wątroby w przeciwnym bowiem razie współczynnik obniża się bardzo znacznie.

Z drugiej strony inne czynniki kaloryczne, jak np. promienie podczerwone wywierają działanie tego samego rodzaju, lecz słabsze od diatermii. Można więc ogólnie powiedzieć, że diatermia wątroby wywiera wybitny wpływ na próbę z czerwienią Congo.

Analizując skutki działania diatermii wątroby, autorzy podkreślają znaczenie czynnika być może podstawowego — jest nim bardzo widoczne przyspieszenie procesu znikania barwików z osocza.

Do tej pory mowa jest o faktach stwierdzonych — o wiele trudniejsze jest ich wyjaśnienie. Nasuwa się w pierwszym rzędzie pytanie: w jaki sposób odbywa się to przyspieszone pod wpływem diatermii wątroby znikanie barwika: czy zostaje on usuwany przez narządy wydzielnicze, czy też bardziej czynnie utrwalony przez komórki siateczkowo-śródbłonkowe?

Usuwanie czerwieni Congo odbywa się głównie za pośrednictwem żółci. Autorzy parokrotnie stwierdzili obecność tego barwika w moczu, lecz jego ilość jest tak nieznaczna, że praktycznie można brać pod uwagę tylko wydzielanie barwika przez żółć.

Autorzy przeprowadzili trzecią serię badań mających na celu sprawdzenie, czy diatermia wątroby nie mogłaby obniżyć wysokości odsetka czerwieni Congo w osoczu poprostu drogą przyspieszania jego wydzielania przez żółć. Badania te wykazały, że ilość żółci zawartej w drogach żółciowych wyraźnie powiększa się pod wpływem diatermii, co potwierdza spostrzeżenia poczynione na człowieku w czasie próby wydobywania żółci, ilość zaś wydzielanego barwika pozostaje dosyć stała.

Jeśli barwik znika szybciej z plazmy, a nie znajduje się w większej ilości w swym jedynym ważniejszym przewodzie wydzielniczym, to znaczy, że został czynnie utrwalony w tkankach. W ten sposób jesteśmy pośrednio zmuszeni do przyjęcia prawdopodobieństwa działania pobudzającego, które diatermia wywiera na chromochłonność układu siateczkowo - śródbłonkowego w wątrobie.

Jest to jednak tylko prawdopodobieństwo, gdyż nie posiadamy bezpośredniego sprawdzianu tego zjawiska. Sprawdzianem takim mogłoby się stać histologiczne stwierdzenie nadmiernej zawartości barwnika w komórkach Kupffera, co zdaje się być bardzo trudne technicznie do przeprowadzenia. Parokrotnie czyniono w tym kierunku próby zastępując w nich czerwień Congo ziarnkami tuszu, przypuszczając, że ziarnka te dadzą się ilościowo określić w wątrobie. Nie otrzymano jednak tą drogą zadowalających dowodów, gdyż ilość ziarnek była bardzo zmienna, nawet u zwierząt nie poddawanych diatermii.

Nie otrzymano więc dotychczas dowodu na bezpośrednie, pobudzające działanie diatermii na siateczkowo-śródbłonkowe funkcje wątroby. Lecz dowody pośrednie, które zostały ustalone powinny, zdaniem autorów — wystarczyć do przyjęcia tego działania za fakt rzeczywisty. Wydaje się też prawdopodobne, że to silnie pobudzające działanie czynności komórek Kupffera nie pozostaje bez wyraźnego wpływu na wyniki lecznicze diatermii wątroby w pewnych przypadkach marskości, połączonej z puchliną brzuszną.

Zabokrzycki.

KRONIKA.

POWOŁANIE DO ŻYCIA FUNDACJI „POLSKI INSTYTUT BALNEOLOGICZNY” W KRAKOWIE.

Dnia 29 kwietnia br. odbyło się w Krakowie pierwsze posiedzenie Rady Fundacji pn. Polski Instytut Balneologiczny w Krakowie, na którym ukonstytuowały się władze Fundacji i został omówiony plan działania na najbliższą przyszłość.

Zgodnie z przepisami statutu zwołał i przewodniczył I-mu posiedzeniu do czasu wyboru prezesa delegat Ministra Opieki Społecznej do Rady Fundacyjnej dr Jan Adamski, Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej.

Dyr. Adamski po stwierdzeniu, iż Członkowie Rady pp.: prof. dr T. Tempka, prof. dr J. Zubrzycki, doc. dr L. Tochowicz, prezes St. Karłowski, dr K. Kaden, dr P. Rudzki, dr J. Owsiński i prof. dr E. Godlewski — z wyjątkiem prof. dr Fr. Waltera, który nieobecność swą usprawiedliwił — zebrali się w komplecie, wygłosił przemówienie, podkreślając doniosłość i wagę Polskiego Instytutu Balneologicznego. Cele i zadania placówki znalazły swój wyraz w Statucie Fundacji, a wieloletnia praca nad organizacją Instytutu natrafiała na znaczne trudności natury jak materialnej tak i moralnej. Naród nasz jednak — jak zaznaczył p. Przewodniczący — posiada w swoim charakterze wielką moc, która w ważniejszych poczynaniach każe usuwać wszelkie przeszkody, dzięki czemu powstają tak cenne dla współczesnych i przyszłych pokoleń dzieła — jak Polski Instytut Balneologiczny.

Jakkolwiek sama myśl powołania do życia Instytutu nie była mowa, jednak propagatorem i realizatorem tej idei był niewątpliwie śp. prof. dr Ludomir Korczyński, którego pamięć i zasługi zostały przez obecnych uczczone przez powstanie i dłuższą chwilę milczenia.

Na wniosek Sen. Karłowskiego Prezesem Rady Fundacyjnej i jej Zarządu został jednogłośnie wybrany prof. dr Tadeusz Tempka, prezes Polskiego Towarzystwa Balneologicznego w Krakowie. Prof. dr Tempka dziękując za zaszczytny wybór zgłosił wniosek o wybranie na zastępcę Prezesa Rady i Zarządu Fundacji p. Stanisława Karłowskiego, prezesa Związku Uzdrowisk Polskich, co zebrani przyjęli przez aklamację.

Na trzeciego członka Zarządu obrany został

prof. dr Franciszek Walter, delegat Polskiej Akademii Umiejętności.

Do Komisji Rewizyjnej weszli na okres trzyletni — zgodnie ze statutem — członkowie z poza Rady, w osobach: dyr. Stanisława Wiśniewskiego, I. wiceprezesa ZUP, dra Kubiczka z Pol. Tow. Balneologiczne i dra Witolda Przywieczerskiego z M. O. S.

Rada Fundacyjna wyłoniła ze swego grona dwie sekcje: naukową w składzie prof. dra T. Tempki, prof. dra Emila Godlewskiego delegata P. A. U., prof. dra Januarego Zubrzyckiego, wiceprezesa P .T. B. oraz dra Przemysława Rudzkiego delegata ZUP. do Rady, — jak również administracyjną w osobach: prof. dra Franciszka Waltera delegata P. A. U., dra K. Kadena wiceprezesa ZUP, doc. dra Leona Tochowicza delegata P. T. B. i dra Józefa Owsińskiego delegata do Rady z ramienia miasta Krakowa.

W drugiej części obrad ustalono warunki konkursu, w wyniku którego obsadzone będzie stanowisko Dyrektora Instytutu, którego mianuje Minister Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem W. R. i O. P. Konkurs będzie ogłoszony jeszcze przed ostatecznym wykończeniem gmachu Instytutu. Do czasu jednak obsadzenia stanowiska dyrektorta — na sekretarza Rady Fundacyjnej powołano dr Zbigniewa Godłowskiego sekretarza P. T. B. w Krakowie.

Po przedstawieniu przez prof. inż. Gałęzowskiego, rektora krakowskiej Akademii Sztuk Pięknych, obecnego stanu budowy gmachu instytutu — Rada Fundacyjna ustaliła plan budowy na najbliższą przyszłość z tym, że do kontynuowania prac nad wykończeniem budynku należy przystąpić natychmiast.

Z uwagi na to, że Instytut będzie pierwszą tego rodzaju placówką naukowo-doświadczalną w Polsce, powołaną dla potrzeb praktycznych zdrojownictwa naszego w dobie obecnej — powinien on stać się ostatnim wyrazem postępu i techniki, aby mógł służyć za wzór nie tylko w kraju, ale i zagranicą. Postanowiono też nawet kosztem zwiększonych wysiłków wyposażyć gmach w najnowsze pod każdym względem urządzenia, specjalny nacisk kładąc na urządzenia lecznicze. Budowę gmachu rozpoczęto na jesieni 1936 r., wyciągając mury pod dach. Dotychczasowe koszty robót wyniosły ok. 102.000 zł na wykończenie zaś gmachu potrzeba jeszcze minimum 230.000 do 300.000 zł według dotychczasowych cen orientacyjnych i kosztorysów, bowiem budynek znajduje się w stanie surowym i wymaga jeszcze szeregu robót murarskich, stolarskich oraz instalacyjnych.

Na zakończenie obrad Rada Fundacyjna postanowiła, iż funkcje organu prasowego Instytutu spełniać będzie dotychczasowe wydawnictwo Polskiego Towarzystwa Balneologicznego — szeroko już znane w sferach naukowo-lekarskich nie tyl-

ko Polski lecz i zagranicy, ukazujące się pt.: „Acta Balneologica Polonica”.

Do czasu ostatecznego wykończenia gmachu Instytutu — tymczasowa siedziba Rady Fundacyjnej będzie się mieściła przy klinice chorób wewnętrznych U. J. w Krakowie.

*

Państwowa Szkoła Higieny w Warszawie organizuje w czasie od 11 września do 7 października kurs dla lekarzy fabrycznych. Kurs obejmuje wykłady i ćwiczenia z zakresu fizjologii, patologii i higieny pracy. Zadaniem kursu jest przygotowanie kandydatów na stanowiska lekarzy fabrycznych w przemyśle oraz przeszkolenie lekarzy wykonywujących już obowiązki lekarzy fabrycznych.

Wpisowe na kurs wynosi 4 zł. Bliższych informacyj udziela oraz przyjmuje zgłoszenia Sekretariat Państwowej Szkoły Higieny, Warszawa — Chocimska 24. Ze względu na goraniczoną liczbę słuchaczy uprasza się o wczesne zgałszanie udziału.

URUCHOMIENIE DOMU TURYSTYCZNEGO KWATER MASOWYCH P. Z. T. W KRAKOWIE.

Wobec zwiększającego się z wiosną ruchu turystycznego w Krakowie i wielkiego napływu wycieczek masowych młodzieży szkolnej — Polski Związek Turystyczny otwiera z dniem 1 maja Dom Turystyczny kwater masowych w Rynku Głównym w Krakowie.

Dom ten został odpowiednio zaadaptowany i może pomieścić wycieczki liczące do 500 osób. Dom Turystyczny P. Z. T. położony jest w samym centrum miasta dzięki czemu wycieczki mogą bez straty czasu zwiedzać zabytki Krakowa.

Wobec bardzo licznego napływu zgłoszeń należy wcześniej zamawiać kwatery. Cena noclegu wynosi dla mołdzieży 50 groszy, dla dorosłych 80 groszy.

Zgłoszenia kierować należy do Polskiego Związku Turystycznego w Krakowie, ul. Lubicz L. 4 (naprzeciw Dworca Kolejowego).

RADA WCZASÓW.

W dniu 17 kwietnia rb. odbyło się pod przewodnictwem dyr. Tadeusza Dyboskiego i p. Antoniego Konewki, Naczelnika Wydziału Oświaty Pozaszkolnej Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, drugie doroczne zebranie Rady Wczasów. W zebraniu tym wzięli udział przedstawiciele władz państwowych, zainteresowanych sprawą organizacji wczasów w Polsce oraz delegaci 28 stowarzyszeń, będących członkami Zrzeszenia Organizacyj Oświatowo-Kulturalnych.

Ministerstwo Opieki Społecznej reprezentowała p. insp. J. Miedzińska, przewodnicząca Komisji Wczasów Ministerstwa Opieki Społecznej, Min. W. R. i O. P. — p. wizytator F. Popławski, Zakład Ubezpieczeń Społecznych — p. H. Jaroszewiczowa i dr M. Jakubowski.

Wśród stowarzyszeń należących do Zrzeszenia, których delegaci biorą udział w posiedzeniach Rady Wczasów, wyodrębnić należy cztery zasadnicze kategorie. Przede wszystkim — organizacje pracownicze, zawodowe i spółdzielcze, jak: Unia Związków Zawodowych Pracowników Umysłowych, Zjednoczenie Zawodowe Polskie, Centralna Komisja Związków Stowarzyszeń Zawodowych, Związek Nauczycielstwa Polskiego, Związek Spółdzielni Spożywców „Społem”. Drugą kategorię stanowią instytucje reprezentujące interesy terenów letniskowych, jak: Związek Powiatów Rzeczypospolitej Polskiej, Towarzystwo Rozwoju Ziem Wschodnich oraz towarzystwa turystyczne, jak: Spółdzielnia Turystyczno - Wypoczynkowa „Gromada”, Robotnicze Towarzystwo Turystyczne, wreszcie Liga Morska i Kolonialna. Trzecia kategoria obejmuje instytucje prowadzące akcję oświatowo-kulturalną i wychowania fizycznego: Pracownicze Towarzystwo Oświaty i Kultury im. Żeromskiego, Robotniczy Instytut Oświaty i Kultury im. Żeromskiego, Związek Młodzieży Chrześcijańskiej YMCA, Towarzystwo Krzewienia Kultury Fizycznej Kobiet, Związek Strzelecki i inne. Czwartą kategorię instytucyj należących do Zrzeszenia tworzą centrale fachowe w dziedzinie spraw społecznych i oświatowych, jak: Instytut Spraw Społecznych, Instytut Oświaty Dorosłych, Instytut Teatrów Ludowych, Związek Bibliotekarzy Polskich.

W charakterze gości wzięli udział w zebraniu Rady przedstawiciele Komitetu Wczasów Robotniczych w Łodzi oraz T-wa Obozów i Wczasów.

W zagajeniu obrad p. Prezes Dyboski podkreślił konieczność stworzenia w dziedzinie organizacji wczasów w Polsce systemu opartego na własnych tradycjach i dostosowanego do stylu życia polskiego. Naśladowanie wzorów obcych, w których dochodzi się do imponujących skądinąd wyników drogą narzucania i przymusu, w Polsce jest niemożliwe i niepotrzebne.

Jak świadczy o tym skład Rady Wczasów, istnieje u nas możliwość współdziałania różnych instytucyj, a jednocześnie konieczność ścisłej koordynacji ich poczynań. Dał temu wyraz Pan Minister Opieki Społecznej w swym okólniku z grudnia r. ub., w którym uznał Zrzeszenie O. O. K. za reprezentanta społecznej akcji wczasów w Polsce, jednoczącego i koordynującego pracę poszczególnych organizacyj społecznych z Radą Wczasów jako organem opiniodawczym i Centralnym Biurem Wczasów jako organem wykonawczym.

Referat o pomocy władz i instytucyj publicznych w realizacji wczasów wygłosił p. radca Stanisław Sośnicki z MOS., informując m. in. o osiągniętym porozumieniu między Min. Opieki Społ. i Min. Komunikacji w sprawie jednolitych zniżek kolejowych dla pracowników korzystających z urlopów zorganizowanych. Równocześnie osiągnięto porozumienie co do współpracy C. B. W. i Ligi Popierania Turystyki, będącej organem Min. Komunikacji, powołanym do realizowania ulgowych przejazdów w zakresie turystyki masowej. Jest więc nadzieja, że wkrótce w Radzie Wczasów reprezentowane będą wszystkie decydujące w tej dziedzinie czynniki.

Po następnym referacie p. Stefana Smolca, kierownika CBW., na temat: „Rola czynnika społecznego w realizacji wczasów”, wywiązała się dyskusja, w której wysunięto szereg konkretnych propozycyj i wniosków. Między innymi duży nacisk położono na organizowanie wyjazdów urlopowych dla całych rodzin robotniczych. P. H. Jaroszewiczowa wysunęła projekt, aby pomoc lekarska w ośrodkach urlopowych udzielana była

przez młodych lekarzy w ramach obowiązującej ich ustawy o pracy lekarskiej na prowincji. Przedstawiciele ruchu zawodowego podkreślili, że powodzenie zapisów na tegoroczną akcję urlopową w Łodzi (około 8.000 robotników) wykazuje słuszność zasady oparcia akcji urlopowej na samowystarczalności finansowej, uzupełnianej jednak akcją kredytową ze strony przemysłu, i pomocą organizacyjną CBW.

Wysunięto propozycję zainteresowania Komunalnych Kas Oszczędności sprawą specjalnych książeczek oszczędnościowych urlopowych. Przyjęto z uznaniem oświadczenie p. F. Brannego, złożone w imieniu Związków Letniskowych, iż przygotowanie ośrodków urlopowych w letniskach przeprowadzą bezpłatnie, aby nie obciążać wyjeżdżających opłatami administracyjnymi. Wreszcie jednogłośnie domagano się ustalenia jednolitych kryteriów przy udzielaniu subwencji na organizację wczasów przez władze państwowe i ubezpieczalnie społeczne.

W końcu posiedzenia wiceprezes Zrzeszenia O. O. K., p. dyr. Kazimierz Korniłowicz poinformował zebranych, że w związku z rozwojem akcji i dążeniem do jej upowszechnienia, przewidziane jest rozszerzenie ram statutowych Zrzeszenia oraz zmiana regulaminu Rady Wczasów i CBW., jako organów Ogólno-polskiej Akcji Wczasów.

SPRAWOZDANIE.

II Zjazd Naukowy Polskich Lekarzy Sportowych odbył się w dniach 14 i 15.II1939 r. w Zakopanem w czasie Międzynarodowych Zawodów Narciarskich F.I.S. o Mistrzostwa Świata.

Po przemówieniu powitalnym protektora Zjazdu, Pana Generała Dra St. Roupperta, rozpoczął swoje obrady w pięknej sali Czerwonego Krzyża w Zakopanem II Naukowy Zjazd Stowarzyszenia Lekarzy Sportowych. Na przewodniczącego Zjazdu wybrano prof. dra Gustawa Szulca.

Owocnych obrad życzyli Zjazdowi Wice-Minister Inż. A. Bobkowski — w imieniu Komitetu Organizacyjnego Zawodów F.I.S. i P.Z.N., dr Deutscher — w imieniu Ministerstwa Opieki Społecznej, dr Słoniński — w imieniu Komitetu Ratownictwa, po czym przewodniczący Zjazdu przywitał przedstawicieli władz, uczestników i gości, między innymi również doc. Heiss'a z Berlina, który przybył na Zjazd w charakterze reprezentanta Berlińskiej Akademii Wychowania Fizycznego. Prezydium honorowe stanowili pp. doc. dr Reicherówna, prof. dr Rogalski, ppłk doc. dr. Rosnowski.

Na wniosek Prezydium Zjazd uchwalił wysłanie depesz hołdowniczych do Pana Prezydenta Rzeczypospolitej i Pana Marszałka Edwarda Śmigłego - Rydza, po czym przystąpiono do referatów na główny temat pierwszego dnia Zjazdu. Referentka główna, doc. dr Eleonora Reicher, mówiła o stosunku serca sportowego do zaburzeń w krążeniu u młodzieży. Koreferat wygłosił doc. dr Wł. Dybowski na temat — „Stan narządu krążenia u wybitnych zawodników narciarskich. Nad referatami rozwinęła się żywa dyskusja, zwłaszcza starły się dwa przeciwne poglądy na zagadnienie t. zw. wagotonicznego serca sportowców.

Doc. dr Rosnowski uważał je za serce patologiczne, podczas gdy obaj referenci wskazywali na to, że ten typ serca posiada większość sportowców o bardzo dobrych wynikach sportowych i o stałym poziomie sprawności.

Następny referat poświęcił dr H. Levittoux klinicznym postaciom przetrenowania mięśnia. W dalszym ciągu omawiali: dr K. Cebertowicz „Leczenie thiodalginą schorzeń pourazowych aparatu więzadłowego", dr H. Popielewski — „Stopa płaska pourazowa i leczenie uszkodzeń aparatu więzadłowego kostek u narciarzy", dr. A. Mul. — „Zwichnięcie stawu barkowego u sportowców", Dr. K. Cebertowicz, M. Goldman, S. Tokarski — „Pneumografia w urazach stawu kolanowego" (referat i film) — wszyscy z II Kliniki Chir. U. J. P. w Warszawie. Ostatni referat tego dnia wygłosił kpt. dr Madey p. t. „Cele lotniczych kursów narciarskich, a urazowość".

Pierwszy dzień Zjazdu zakończony został wyświetleniem filmu, wykonanego na terenie Akademii W. F. p. t. „Masaż sportowy".

Drugi dzień Zjazdu rozpoczął referatem programowym dr. G. Nowotny, Dyrektor Szpitala Stacji Klimatycznej w Zakopanem. Omówił on statystykę urazów i ich leczenie w Szpitalu Stacji Klimatycznej w Zakopanem w latach 1923 — 1938. Referent kładł specjalny nacisk na statystykę urazów narciarskich wszelkiego stopnia, która wykazała znaczny wzrost urazów w ostatnich czasach. W dyskusji podkreślono potrzebę dobrej organizacji ratownictwa i transportu rannych w górach.

Następnym punktem był wygłoszony po niemiecku referat doc. dra Fr. Heiss'a, bogato ilustrowany przezroczami. Referat ten wzbudził zainteresowanie, zwłaszcza, że pokrewne prace z podobnego zakresu są w toku także w Polsce. M. in. podkreślił konieczność wyszkolenia wszystkich sportowców w udzielaniu pierwszej pomocy. Przyjęte przez świat sportowo-lekarski Niemiec tezy, streścił referent w następujących punktach:

1) opatrunki uciskowe w razie powstania podrażnień zapalnych torebek stawowych i długotrwałego ich oszczędzania,
2) zupełne unieruchomienie przy wszystkich uszkodzeniach wiązadeł i torebek stawowych,
3) następowe leczenie, które, m. in. przez odpowiednią gimnastykę, zmierza do usunięcia atrofii mięśni, zanim kończyna nanowo zostanie obciążona.

Następnie dr S. Tokarski wygłosił referat o leczeniu urazów dłoni u bokserów oraz o leczeniu złamań kości łódkowatej dłoni. W dalszym ciągu również tematy chirurgiczne poruszali dr S. Boguszewski z Warszawy — „Kostnienie pozaszkieletowe po urazach sportowych", dr W. Sidorowicz z Krakowa — „Skrócenie kończyn dolnych u motocyklistów i bokserów jako uszkodzenia sportowe."

Ppłk. dr Krzywiec Jerzy omówił „Alkoholizm wśród narybku sportowego". Dzień ten zakończył referat doc. dra M. Rosnowskiego p. t. „Ćwiczenia gimnastyczne i sportowe w leczeniu chorób serca".

Na zakończenie Zjazdu Przewodniczący, prof. dr Gustaw Szulc, podkreślił, że skoncentrowanie wysiłku na dwa główne tematy: serca sportowego i chirurgii sportowej dało dobry wynik przez wszechstronne naświetlenie poruszonych tematów, po czym przez aklamację uchwalono następujące dezyderaty Zjazdu:

1) II Zjazd Lekarzy Sportowych uważa, że do-

podniesienia sprawności biologicznej i tężyzny narodu konieczne jest otoczenie troskliwą opieką lekarską całej młodzieży, uprawiającej sporty i podlegającej wychowaniu fizycznemu.

2) Dla zapewnienia opieki lekarskiej konieczne jest zwiększenie kadr lekarzy sportowych, przygotowanych drogą specjalnego dokształcania do swej roli.

3) W znacznym stopniu przeszkodą dla roztoczenia opieki lekarskiej nad sportem i wychowaniem fizycznym jest brak lekarzy i dlatego jedno z najpilniejszych zadań w Polsce jest zwiększenie liczby lekarzy w ogóle.

4) Konieczne jest szerokie uwzględnienie w programie szkolenia lekarzy na Wydziałach Lekarskich medycyny sportowej.

Kolacja koleżeńska w pięknej sali Polskiego Czerwonego Krzyża zakończyła w miłym nastroju 2-dniowe obrady Zjazdu.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. E. Reicher, Polna 40, Tel. 9.54-54.*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

			¼ str.	½ str.	¼ str.
Ogłoszenia:	zewnętrzna strona okładki	zł.	450.—	250.—	135.—
	bezpośrednio przed tekstem	„	350.—	200.—	120.—
	2-ga i 3-cia strona okładki	„	350.—	200.—	125.—
	pozostałe	„	300.—	170.—	95.—

Zakł. Graf. „DRUKPRASA", Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40

PHOSPHACID

WZMACNIA ORGANIZM
WYZWALA JEGO SIŁY OBRONNE

LECZY NIEDOTLENIOWYMI
ZWIĄZKAMI FOSFORO - WAPNIOWYMI
PRZEMĘCZENIE FIZYCZNE I UMYSŁOWE
STANY OGÓLNEJ NIEDOMOGI USTROJU
GRUŹLICĘ CHIRURG. I GRUŹLICĘ PŁUC

DAWKOWANIE PODANE W LITERATURZE



ESSENTIA TESTICULORUM

ELEN zn. śl. *hormospermin*

WSKAZANIA U MĘŻCZYZN: *niemoc płciowa, neurastenia, zaburzenia psychoseksualne*

U KOBIET: *zaburzenia okresów przejściowych oraz nieprawidłowe czynności jajników*

U WSZYSTKICH: *potężny środek tonizujący cały ustrój.*



DAWKOWANIE:
dorośli: 3 razy dziennie po ½ łyżeczki od herbaty przed jedzeniem

w okresie pokwitania: 20 do 30 kropli.

Chemiczno - farmaceutyczne zakłady przemysłowo - handlowe
L. NASIEROWSKI, *Warszawa 22, ul. Kaliska 9.*

PASSIFLORINA

rzetwór krajowy



STANDARYZOWANE WYCIĄGI
Z ROŚLIN HODOWANYCH
W SPECJALNYCH WARUNKACH
GLEBY I KLIMATU

DZIAŁA USPAKAJAJĄCO
I PRZECIWSKURCZOWO

WSKAZANIA:

NERWICE
NEURASTENIA
STANY LĘKOWE
ZABURZENIA NERWOWE
W OKRESIE POKWITANIA,
MIESIĄCZKI I PRZEKWITANIA
PRZEMĘCZENIE NERWOWE
BEZSENNOŚĆ NA TLE NERWOWYM

BRAK DZIAŁAŃ UBOCZNYCH
Wystrzegać się naśladownictw

Chem. Farm. Zakł. Przem.-Handl.
Warszawa 22, ul. Kaliska 9
L. NASIEROWSKI